

Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen

Jef Breda, Jozef Pacolet,
Georges Hedeboew & Jonas Vogels

Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen

Jef Breda
Jozef Pacolet
Georges Hedeboom
Jonas Vogels

Onderzoek in opdracht van de Vlaamse overheid, Departement
Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



Gepubliceerd door
HIVA – Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (K.U.Leuven)
Parkstraat 47 - bus 5300, B-3000 Leuven
hiva@kuleuven.be - <http://www.hiva.be>

Omslagontwerp: Altera
Omslagillustratie: *Rides* © 2007 - Guy Delcourt Productions – Paco Roca

© 2010 – HIVA-K.U.Leuven

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

ISBN 978-90-8836-022-0.
D/2010/4718/6.

VOORWOORD

De onderzoekers houden er aan de leden van de stuurgroep te bedanken voor hun bedenking en aanvullingen die werden geformuleerd in de loop van dit project. Het droeg bij tot een beter begrip van de ambities en de implicaties van de nieuwe regelgeving die het woonzorgdecreet vormt.

De onderzoekers blijven evenwel de enige verantwoordelijke voor de analyses en aanbevelingen hier geformuleerd, en de interpretaties die daarmee ook aan de impact van het woonzorgdecreet wordt gegeven.

Ondanks herhaalde inspanningen moeten wij constateren dat er maar een partieel zicht is op de omvang en het profiel van het aanbod en de vraag naar thuiszorg en residentiële zorg. Soms hebben wij dit hierna proberen aan te vullen met ad hoc enquêtegegevens, die op hun beurt partieel waren. Eén zaak is zeker: de mogelijke impact van het woonzorgdecreet op de thuiszorg en ouderenzorg van de toekomst kan aanzienlijk zijn, zowel van de kant van het aanbod als van de kant van de vraag naar deze diensten.

De stuurgroep confronteert ons zelf met de vaststelling dat de senioren van vandaag (en a fortiori die van morgen) tal van behoeften invullen met 'niet-erkende vormen van 'gezinshulp''. Wat zijn de hoofdstukken over programmering gezinszorg en logistieke hulp dan nog wel waard, werd ons gevraagd. Dat was exact de vraag die wij ons stelden bij een aantal uitweidingen die wij in dit rapport maakten over deze nieuwe aanbieders op basis van weliswaar partiële informatie. Hetzelfde geldt voor de residentiële zorg. En wij denken dat het decreet één en ander nog verder in beweging kan en zal brengen. Nieuwe programmatienormen naar voren schuiven wordt dus in die veranderende context, en er verandert in de sector zelfs meer dan wat in dit onderzoek kon beschreven worden, is dan ook een hachelijke opdracht. Maar dat wisten wij misschien al bij de aanvang van het project toen wij het een 'mission impossible' noemden.

INHOUD

Inleiding	1
<hr/>	
Hoofdstuk 1/ Demografische evolutie en de Zorgbehoeften van ouderen in Vlaanderen	
<i>Jef Breda & Jonas Vogels, UA</i>	3
<hr/>	
1. De geschatte kans op beperkingen	3
2. De raming van de zorgbehoeften	5
3. De demografische evolutie in de Vlaamse ouderenpopulatie	6
4. Gebruik van sociale zorg	8
 Hoofdstuk 2/ Lessen uit het buitenlandse zorggebruik van ouderen: de cases Nederland en Engeland	
<i>Jef Breda & Jonas Vogels, UA</i>	11
<hr/>	
1. De zorg voor ouderen in Nederland	11
1.1 AWBZ	11
1.2 Wmo 12	
1.3 Selectiecriteria	12
1.4 Conclusie	14
2. Gebruik en intensiteit	14
2.1 Zorg zonder verblijf	14
2.2 Huishoudelijke verzorging (HV)	15
2.3 Persoonlijke verzorging	16
2.4 Verpleging	18
2.5 Zorg met verblijf	19
2.6 Conclusie	21
3. Het SER-rapport over de AWBZ en WMO	21

4. De Vlaamse en Nederlandse zorg vergeleken	22
5. Het Wanless review-rapport over de zorg in Engeland	23
6. Besluit van de comparatieve studie	26

Hoofdstuk 3/ Programmatie thuiszorgdiensten	
<i>Georges Hedeboom & Jozef Pacolet, HIVA-K.U.Leuven</i>	29

1. Programmatie voor gezinszorg en huidige vraag	31
1.1 Uitgangspunten	31
1.2 Huidige programmatie en omvang zorg voor zwaar hulpbehoevende personen	33
2. Logistieke hulp	37
2.1 Groeiend belang diverse vormen van schoonmaakhulp	39
2.2 Groeiend belang diverse vormen van schoonmaakhulp in aantal uren	42
2.3 Relatief belang van het voorkomen van schoonmaakhulp in vergelijking met gezinszorg	44
2.4 Aandeel huishoudelijk hulp in gezinszorg	46
2.5 Besluit	47
3. Vrijwillige en professionele oppashulp	48
3.1 Gebruik vrijwillige en professionele oppas op basis van de enquête bij gerechtigden op de thuiszorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering	49
3.2 Programmatie vrijwillige oppasdienst	56
3.3 Vergelijking cijfers enquête maximumfactuur en jaarverslag diensten voor oppashulp	57

Hoofdstuk 4/ Programmatie centra voor herstelverblijf en voor kortverblijf	
<i>Georges Hedeboom, HIVA-K.U.Leuven</i>	59

1. Centra voor herstelverblijf	60
1.1 Het huidige gebruik: de ondergrens	61
1.2 De potentiële vraag: de bovengrens	61
1.3 De programmatienorm	63
1.4 Vormgeving van de centra voor herstelverblijf	64
2. Centra voor kortverblijf	65

Hoofdstuk 5/ Programmatie assistentiewoningen en woonzorgcentra <i>Jozef Pacolet, HIVA-K.U.Leuven</i>	67
1. Huidige planning en realisatie	67
2. Profiel van de rusthuisbewoners, 2006	71
3. Regionale verschillen	72
4. Herziening programmatienormen door reductie van het aantal plaatsen met een O- en A-forfait	76
5. Plaats van de assistentiewoning of serviceflat	80
6. Impact op het gebruik van de gezinszorg en schoonmaakhulp	82
7. Implicaties voor de equivalentieregels in de regionale planning	89
8. Tot slot	91
Hoofdstuk 6/ Beleidsaanbevelingen en budgettaire implicaties	93
1. Beleidsaanbevelingen	93
2. Budgettaire implicaties	96
Bijlagen	101
Bijlage 1 / Normpersoneel rusthuisbedden, situatie 2002 en sinds 1 januari 2004 (nieuwe financieringsstelsel voor de rusthuizen)	103
Bijlage 2 / Zorgtijd ouderen thuis en in residentiële voorziening, Qualidem-studie	105
Bijlage 3 / Zorgtijd residentiële zorg, tijdregistratie P. Cokelaere (zie Vlaams Zilver, 2001)	107
Bijlage 4 / Gebruik van een aantal thuiszorgdiensten op basis van de gezondheidsenquête	108
Bijlage 5 / Belang van de diverse werksoorten thuiszorg in Familiehulp	110
Bijlage 6 / Beschikbaarheid van zorgtijd in internationaal perspectief	111
Bijlage 7 / Evolutie forfaitcategorieën in rusthuissector Vlaanderen, 1999-2003-2006	112
Bibliografie	113

INLEIDING

In het najaar 2008 gaf de administratie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin aan een consortium van de onderzoeksgroep Verzorgingsstaat en Wonen van het HIVA-Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, K.U.Leuven en de onderzoeksgroep Welzijn en Verzorgingsstaat van de UA, de opdracht om de programmatienormen voor een aantal thuiszorgdiensten en ouderenvoorzieningen te herbekijken. De nieuwe programmatienormen zouden de komende jaren dienen gehanteerd te worden bij de uitvoering van het woonzorgdecreet van de Vlaamse Regering.

De ambitie van dergelijke studieopdracht is aanzienlijk, niet alleen omdat de impact ingrijpend kan zijn indien met de aanbevelingen wordt rekening gehouden, het onderzoek verlaat hier immers het beschrijvende en analytische en betreedt het domein van het normatieve, maar ook omdat tal van informatie over de sector nog steeds ontbreekt en men dus aanbevelingen moet formuleren op basis van een partieel beeld. Ook bleek naarmate de contouren van het woonzorgdecreet duidelijker werden, en zich ook concretiseerden in de bijlagen met uitvoeringsbesluiten, dat de impact van het woonzorgdecreet zelf aanzienlijk zou kunnen zijn, en de sector in beweging zou brengen (in beweging wenst te brengen). Nieuwe namen voor oude voorzieningen bleken immers ook nieuwe dimensies van deze voorzieningen te impliceren zodanig dat aanbod en vraag zal wijzigen. Het woonzorgdecreet zal het gedrag van aanbieders en vragers wijzigen, zodat het gebruik en de behoeften zullen wijzigen. Ook kunnen vraag en aanbod in het Vlaamse thuiszorg en ouderenzorg niet los worden gezien van de financiering op het federale niveau van de ziekteverzekering, en de ontwikkelingen van het private aanbod anderzijds.

Met de verzamelde ervaring van de twee onderzoeksgroepen werd gepoogd voor het gros van de nieuw gedefinieerde thuiszorg en ouderenvoorzieningen, vertrekkende van de huidige geobserveerde behoeften en gebruik, een evaluatie te maken van aangepaste behoefte-indicatoren. Behoeften zijn het gevolg van een ruim gamma van factoren, fysisch, psychisch, economisch, sociaal. Sommige van deze factoren zijn gemakkelijker objectief indiceerbaar, andere zijn het niet of erg normatief (bijvoorbeeld hoe de draagkracht van de mantelzorg inschatten, en in welke mate er mee rekening houden). De daadwerkelijk verstrekte en gevraagde

hulp is afhankelijk van de ontwikkeling van het aanbod, de publieke financiering ervan, de gehanteerde gebruikscriteria. Zij bepalen mee de behoeften. Alternatieve programmatienormen die afwijken van het huidige gebruik impliceren dan ook een sturing van de vraag, eerder dan dat het vraaggestuurd is.

In de volgende hoofdstukken geven wij een aantal richtingen aan waarin de vraag zou kunnen verschuiven, en wat de omvang daarvan zou kunnen zijn. Dit betreft het niveau van diverse vormen van voorzieningen. Wat betreft het profiel van behoeften of gebruik van deze voorzieningen in functie van een afhankelijkheidsschaal of de leeftijd vallen wij in belangrijke mate terug op leeftijd als belangrijkste en eenvoudigste parameter. Dat leeftijdprofiel kan men dan best zo gedetailleerd mogelijk hanteren, juist omdat er een duidelijke leeftijdsgradiënt is. Het wijzigende niveau kan afgestemd worden op het huidige én wijzigende gebruik. Daarom zullen de uitvoeringsbesluiten programmatienormen moeten hanteren die aansluiten bij het huidige gebruik, en aangepast worden, ... naarmate het woonzorgdecreet uitgevoerd wordt.

In een eerste hoofdstuk gaan wij na of behoeftecriteria kunnen gehanteerd worden om de programmatienormen te definiëren. In een tweede hoofdstuk gaan wij kijken naar de praktijk in Nederland en Engeland naar het niveau en de determinanten van de residentiële en thuiszorgvoorzieningen.

In de daarop volgende hoofdstukken vertrekken wij van een aantal vroegere studies en meer recente evidentie om een oordeel te vellen over de bestaande en wenselijke toekomstige programmatienormen. In een laatste hoofdstuk vertalen wij de vaststellingen in aanbevelingen en geven er ook een indicatie van de orde van grootte van mogelijke, wenselijke of denkbare verschuivingen, in volumecijfers en in budgetten.

HOOFDSTUK 1

DEMOGRAFISCHE EVOLUTIE EN DE ZORGBEHOEFTE VAN OUDEREN IN VLAANDEREN

Jef Breda & Jonas Vogels, UA

1. De geschatte kans op beperkingen

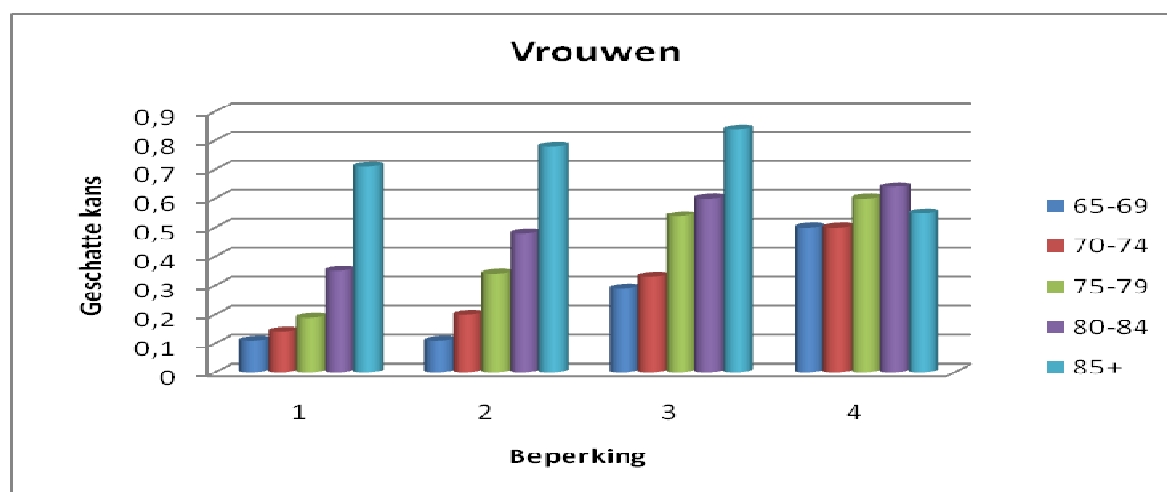
De belangrijkste indicator voor de zorgbehoefte is de mate van beperking(en) dat een individu ondervindt. De hiernavolgende analyse maakt een onderscheid tussen vier soorten van beperkingen:

- ADL (1);
- IADL (2);
- matige of ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen (3);
- chronische gezondheidsproblemen (4).

Voor planningsoogmerken zijn de eerste twee maten vooral van belang, alleen al omdat ze nu reeds deels in de formele regelingen zijn opgenomen.

In de SHARE-data van 2004 worden deze als volgt gemeten: voor de bepaling van de ADL-score wordt aan de respondent gevraagd of er problemen ervaren worden met betrekking tot het zich aankleden, wandelen, een bad nemen, voedsel tot zich nemen, in en uit het bed geraken, het toilet gebruiken. Samen dus zes items. IADL betreft ook zes items: problemen ervaren met het gebruiken van een kaart, een warme maaltijd klaarmaken, inkopen doen, telefoneren, medicijnen innemen, in het huis of de tuin werken.

De twee onderstaande figuren geven een inzicht in de geschatte kans op een beperking per leeftijd voor thuiswonende Vlaamse vrouwen en mannen.

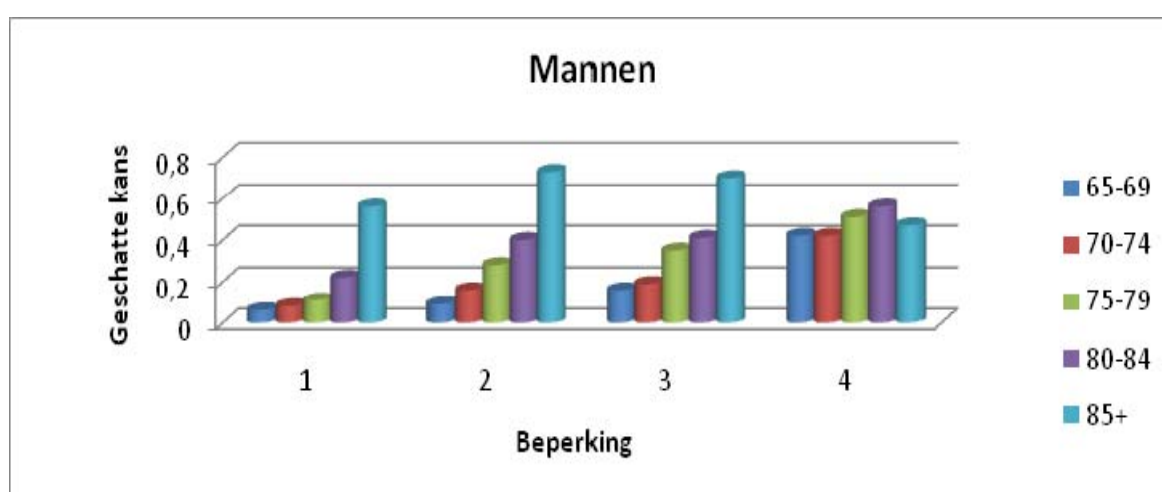


Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Figuur 1.1 Geschatte kans op beperkingen naar leeftijd, thuiswonende vrouwen 2004

Uit de figuur kan afgeleid worden dat bij ADL (1), IADL (2) en matige of ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen (3) de factor leeftijd de kans op één van deze aandoeningen verhoogt. Bij de 85-plussers ligt de kans op deze drie aandoeningen zelf hoger dan 70%. Bij chronische gezondheidsproblemen (4) is er geen verband tussen toename van leeftijd en een kans op het voorkomen van de beperking. Opvallend is dat over de gehele lijn de schattingskansen redelijk hoog liggen. De helft van de thuiswonende vrouwelijke 65-plussers heeft kans op een chronische gezondheidsproblematiek.

De volgende figuur geeft een overzicht van de mannelijke thuiswonende 65-plussers.



Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Figuur 1.2 Geschatte kans op beperkingen naar leeftijd, thuiswonende mannen 2004

Bij de Vlaamse thuiswonende mannelijke bevolking is er sprake van een gelijkaardige patroon. De kans op ADL (1), IADL (2) en matige of ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen (3) stijgt ook hier bij de toename van de leeftijd. Het aantal ouderen met een chronisch gezondheidsprobleem (4) ligt hoog maar is eveneens niet gerelateerd aan een stijgende leeftijd.

Er is echter wel een betekenisvol verschil in de geschatte kans op een beperking bij vrouwen en mannen in Vlaanderen. Bij de vrouwelijke populatie ligt deze hoger dan bij de mannelijke. Dit is duidelijk te zien in onderstaande tabel.

Tabel 1.1 Geschatte kans op beperkingen naar leeftijd en geslacht, thuiswonende 2004

Leeftijd	1 (vrouw)	1 (man)	2 (vrouw)	2 (man)	3 (vrouw)	3 (man)	4 (vrouw)	4 (man)
65-69	0,11	0,06	0,11	0,09	0,29	0,16	0,50	0,42
70-74	0,14	0,08	0,20	0,16	0,33	0,19	0,50	0,42
75-79	0,19	0,11	0,34	0,28	0,54	0,35	0,60	0,51
80-84	0,35	0,22	0,48	0,40	0,60	0,41	0,64	0,56
85+	0,71	0,56	0,78	0,73	0,84	0,70	0,55	0,47

Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

De verschillen zijn het grootst in de categorie ADL (1) en matige of ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen (3). Voor IADL beperkingen (2) en chronische gezondheidsproblemen (4) is het verschil geringer. Over de algehele lijn hebben de Vlaamse mannen een kleinere geschatte kans op beperkingen dan de Vlaamse vrouwen.

2. De raming van de zorgbehoeften

De aanwezigheid van een beperking houdt in dat ouderen een behoefte aan zorg ontwikkelen, van welke aard dan ook. Deze kan worden opgepikt door de oudere zelf, door zijn omgeving of door externen. Op basis van bevolkingsgegevens wordt het aantal zorgbehoevendenden per leeftijdscategorie en geslacht berekend. Deze berekening gaat uit van de geschatte kans op één van de vier beperkingen, berekend op basis van SHARE 2004. De bevolkingsgegevens die gebruikt worden, zijn gebaseerd op de data van 2008. Dit kan leiden tot een lichte vertekening van de cijfers.

Tabel 1.2 Raming zorgbehoefte Vlaamse thuiswonende vrouwen op basis van beperkingen, 2008

Leeftijd	1 (vrouw)	2 (vrouw)	3 (vrouw)	4 (vrouw)	Totaal 65+ (vrouw)
65-69	17 028	17 028	44 892	77 400	154 801
70-74	21 004	30 006	49 509	75 014	150 028
75-79	24 108	43 140	68 517	76 130	126 883
80-84	31 487	43 182	53 977	57 576	89 962
85+	35 925	39 467	42 503	27 829	50 599
Totaal	129 552	172 823	259 398	313 949	572 273

Bron: SHARE 2004, VUB - interface demography

Tabel 1.3 Raming zorgbehoefte Vlaamse thuiswonende mannen op basis van beperkingen, 2008

Leeftijd	1 (man)	2 (man)	3 (man)	4 (man)	Totaal 65+ (man)
65-69	8 614	12 921	22 970	60 297	143 565
70-74	10 296	20 593	24 454	54 056	128 705
75-79	10 548	26 849	33 562	48 904	95 890
80-84	13 002	23 640	24 231	33 096	59 100
85+	14 087	18 363	17 608	11 823	25 155
Totaal	56 547	102 366	122 825	208 176	452 415

Bron: SHARE 2004, VUB - interface demography

In totaal hebben 129 552 Vlaamse thuiswonende vrouwen behoefte aan zorg op basis van ADL-beperkingen. Dit komt overeen met 22,6% ten aanzien van de totale vrouwelijke Vlaamse populatie thuiswonende 65-plussers in 2008. Langs mannelijke zijde heeft 12,5% een behoefte aan hulp. Bij IADL-beperkingen hebben vrouwelijke en mannelijke ouderen respectievelijk 30,2% en 22,6% behoefte aan zorg. De zorgbehoefte bij lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen bedraagt 45,3% bij de vrouwelijke thuiswonende populatie en 27,1% bij de mannelijke. Tot slot hebben 313 949 vrouwen en 208 176 mannen een zorgbehoefte voor chronische ziekteproblemen. Dit stemt overeen met 54,9% van de vrouwelijke thuiswonende 65-plussers en 46% van de mannelijke thuiswonende 65-plussers.

Zowel leeftijd als geslacht spelen een belangrijke rol bij de aanwezigheid van beperkingen bij de Vlaamse ouderen.

3. De demografische evolutie in de Vlaamse ouderenpopulatie

De demografische evolutie naar een steeds ouder wordende samenleving zorgt ervoor dat de behoefte aan zorg onder de 65-plussers sterk zal toenemen.

Volgens de bevolkingsvooruitzichten (FOD Economie, Directie Statistiek 2008) vergroot het aandeel van de 65-jarigen in het Vlaamse Gewest van 18,3% in 2010 naar 20,8% in 2020 en tot 24,7% in 2030.

Het aantal ouderen (65-plus) stijgt in die periode van 1 129 825 in 2010 over 1 348 485 in 2020 tot 1 648 602 in 2030. Of, in het eerste decennium met 19% maar in de periode tussen 2020 en 2030 met 45%. Dus, zowel de absolute als de procentuele toename versnelt en wordt zeer intens vanaf 2020.

Deze toename is niet in alle leeftijdscategorieën even sterk. Een categorie steekt er echter bovenuit: het aantal personen ouder dan 90 jaar neemt toe van 34 443 in 2010 tot 69 754 in 2020 en tot 94 072 in 2030. Dus hier is er meteen al een grote versnelling – meer dan een verdubbeling tussen 2010 en 2020 – en deze versnelling zet zich ongeveer met een zelfde aantal door tussen 2020 en 2030.

Dat heeft een onmiddellijk gevolg voor het (noodzakelijke) zorgaanbod: immers uit RIZIV-gegevens is bekend dat ruim 50% van de 90-jarigen thans in residentiële zorgvormen is opgenomen (tegen ongeveer 23% in de categorie 85-89 jaar en een goede 11% in de leeftijdsgroep 80-84 jaar).

Op basis van de SHARE-gegevens kan daarenboven een schatting worden gemaakt van het absolute aantal thuiswonende ouderen met ADL-beperkingen, over ongeveer dezelfde periode.

Tabel 1.4 Projectie aantal thuiswonende ouderen met ADL-beperkingen, 2006-2036

Leeftijd	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036
65-69	25 653	25 352	30 471	32 049	35 010	36 608	33 892
70-74	30 731	30 094	29 860	35 976	37 970	41 619	43 689
75-79	34 750	37 011	36 532	36 525	44 292	47 089	51 992
80-84	44 344	49 091	53 064	53 180	53 977	66 401	71 652
85+	49 827	73 931	92 186	106 994	116 299	124 888	151 282
Totaal	185 305	215 479	242 113	264 724	287 548	316 605	352 507

Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Wij kunnen daaruit afleiden dat de geschatte aantallen als volgt zullen/kunnen evolueren: van 215 000 in 2010 over 265 000 in 2020 naar 315 000 in 2030. Een toename met 100 000 eenheden, en dat aan een vrij constant stijgingspercentage gedurende de gehele periode. De totale thuiswonende groep met zorgproblemen neemt dus met 45% toe, wat ongeveer overeenkomt met de globale toename van de 65-plus-populatie in die periode.

Slotsom uit deze uiteenlopende evoluties is wel dat demografische groei hier als maat van de groei van de beperkingen kan worden gezien en dat deze de groei van de thuispopulatie weerspiegelt maar niet deze van de residentiële populatie.

Uiteraard wordt in de hierboven geschetste evoluties er van uit gegaan dat de gevonden samenhang tussen beperkingen en leeftijd en geslacht constant zouden blijven.

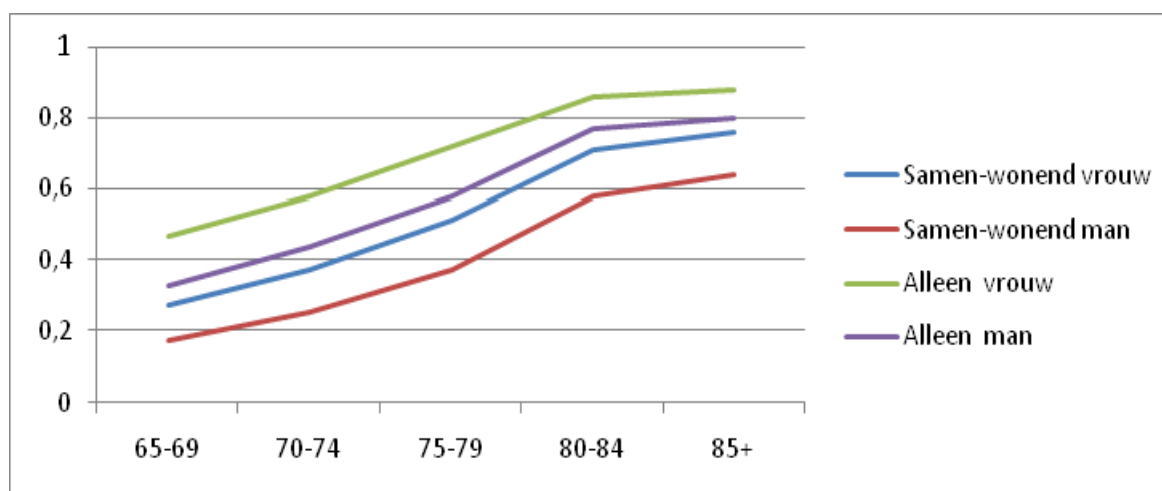
Een recente publicatie van Van Oyen et al. (2008, p. 137-146) over de evoluties in België werpen enig licht op dit vraagstuk: de toename van de levensverwachting leidt enkel bij mannen tot een relatieve daling van de handicaps, bij vrouwen daarentegen leidt de toegenomen levensverwachting eerder tot een hogere invaliditeitsgraad. Of, eerder bij mannen een (kleine) afname en bij vrouwen een (kleine) toename van beperkingen. Omdat er veel meer oudere vrouwen zijn is de conclusie dat de beperkingen van de ouderen in globa zeker niet aan het afnemen zijn, eerder is er een lichte stijging te verwachten.

Ook de voorspelde toename van het totaal aantal oudere mannen boven de 65 jaar – van 43% in 2010 naar 44% in 2020 tot 45% in 2030 – zal bovengeschetst globaal patroon niet sterk kunnen wijzigen.

4. Gebruik van sociale zorg

Het gebruik van formele thuiszorg is sterk gekoppeld aan de graad van beperkingen maar ook aan het geslacht en de huishoudstructuur.

Onderstaande figuur geeft de geschatte kans op het gebruik van formele thuiszorg weer op basis van een ADL-beperking in 2004.



Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Figuur 1.3 Geschatte kans op gebruik formele thuiszorg voor 65+ naar leeftijd, 2004

De grafieken geven de kans op omzetting van de behoefte naar zorggebruik per leeftijdscategorie en geslacht aan. Uit de figuur valt af te leiden dat ondanks de aanwezigheid van een ADL-beperking niet alle ouderen de mogelijkheid hebben op gebruik van formele thuiszorg. Bij de leeftijdscategorie 65-69 heeft minder dan de helft van de ouderen kans op het gebruik van deze zorgvorm bij een ADL-beperking. Er zijn verschillen te merken op basis van leeftijd, geslacht en woonsituatie. Zo hebben alleenstaande vrouwen boven de 85 jaar bijna 90% kans om gebruik te maken van formele thuiszorg.

Ondermeer omdat mannen verhoudingsgewijze iets ouder worden is er een klein dalend effect op het thuiszorggebruik te verwachten van het licht hoger percentage dat samenwoont.

Maar dit is louter op de demografische factor geredeneerd. Vlaanderen blijkt - op basis van de SHARE-analyses - zeer hoog te scoren op het samenwonen van ouderen. Vrijwel alle andere Europese landen scoren lager en het valt niet uit te sluiten dat dergelijke culturele trend zich mettertijd ook in Vlaanderen zal laten gelden.

Een ander element dat uit genoemde comparatieve SHARE-analyses naar voor komt is dat de toewijzing van thuiszorg in Vlaanderen betekenisvol minder strikt gebonden is aan de ADL-metingen. Ook in Nederland (net als in diverse andere Europese landen) krijgen ouderen thuishulp als ze niet ADL-beperkt zijn maar dat is systematisch lager dan in Vlaanderen. De Vlaamse targetting is daarmee blijkbaar ruimer en losser dan alleen op basis van de ADL-behoeften.

Tabel 1.5 Geschatte kans op gebruik formele thuiszorg, naar ADL- of IADL-beperking, Vlaanderen

Leeftijd	Vrouw SW Geen ADL of IADL	Vrouw SW ADL of IADL	Vrouw AL Geen ADL of IADL	Vrouw AL ADL of IADL	Man SW Geen ADL of IADL	Man SW ADL of IADL	Man AL Geen ADL of IADL	Man AL ADL of IADL
65-69	0,09	0,25	0,18	0,43	0,05	0,15	0,10	0,29
70-74	0,12	0,32	0,23	0,52	0,07	0,20	0,14	0,36
75-79	0,18	0,44	0,34	0,64	0,11	0,29	0,21	0,48
80-84	0,36	0,66	0,56	0,81	0,23	0,51	0,40	0,70
85+	0,42	0,72	0,62	0,85	0,28	0,58	0,47	0,76

SW: Samenwonend AL: Alleen

Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Tabel 1.6 Geschatte kans op gebruik formele thuiszorg, naar ADL- of IADL-beperking, Nederland

Leeftijd	Vrouw SW Geen ADL of IADL	Vrouw SW ADL of IADL	Vrouw AL Geen ADL of IADL	Vrouw AL ADL of IADL	Man SW Geen ADL of IADL	Man SW ADL of IADL	Man AL Geen ADL of IADL	Man AL ADL of IADL
65-69	0,04	0,19	0,11	0,43	0,01	0,09	0,05	0,23
70-74	0,07	0,31	0,19	0,60	0,03	0,15	0,08	0,36
75-79	0,12	0,46	0,30	0,73	0,05	0,24	0,14	0,51
80-84	0,13	0,48	0,32	0,74	0,05	0,26	0,15	0,53
85+	0,34	0,76	0,62	0,91	0,17	0,55	0,39	0,80

SW: Samenwonend AL: Alleen

Bron: SHARE 2004, berekeningen OWV

Ten slotte leren dezelfde analyses dat het formele zorggebruik in Vlaanderen bij de hoogste is van Europa maar niet zeer intensief is, en dat de informele zorg alhier in Europees verband ook relatief hoog is. De bovenstaande projecties gaan uit van dit huidig patroon. Zij betreffen natuurlijk alleen de formele zorg en het is goed er aan te herinneren dat de informele zorg zijn eigen dynamiek kent, los van het nagestreefde formele aanbod. Echter, zou dit informele zorgpatroon veranderen – bijvoorbeeld zakken naar een meer Scandinavisch patroon – dan zal de behoefte aan formele zorg navenant hoeven te stijgen om hetzelfde effect te bereiken: zorg bij personen met een beperking in voldoende mate realiseren.

Een laatste opmerking betreft de vermoedelijke substitutie – sinds in 2004 de SHARE-data werden verzameld – van thuishulp door dienstencheque-services voornamelijk bij beter gegoeden voor wie deze service goedkoper is dan de thuishulp. Het zou dan tot gevolg kunnen hebben dat er nu wel een inverse relatie ontstaat tussen gebruik van thuishulp met inkomen, een relatie die typisch in België niet voorkwam.¹ Rijkere personen blijken wel minder thuisverpleging te gebruiken alhier.

¹ In Pacolet, Merckx & Peetermans (2008, p. 134) werd op basis van de gezondheidsenquête 1997 wel vastgesteld dat de reguliere diensten thuiszorg minder werden gebruikt naarmate men een hoger opleidingsniveau had. Dit werd vervangen door meer privépoetshulp. In de daaropvolgende gezondheidsenquêtes werd deze informatie niet meer opgevraagd.

HOOFDSTUK 2

LESSEN UIT HET BUITENLANDSE ZORGGEBRUIK VAN OUDEREN: DE CASES NEDERLAND EN ENGELAND

Jef Breda & Jonas Vogels, UA

1. De zorg voor ouderen in Nederland

In het Nederlandse zorgsysteem heeft elke burger recht op zorg. De thuiszorg en residentiële zorg zijn ondergebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en worden vertaald naar zorgfuncties.

1.1 AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is het Nederlandse zorgstelsel voor mensen die nood hebben aan langdurige verzorging en verpleging. De invulling en het takenpakket van de AWBZ is de laatste jaren grondig gewijzigd, in reactie op een aanzwellend gebruik en het oplopen van de kosten. De indruk ontstaat dat de overheid nog steeds het systeem niet onder controle heeft.

De AWBZ onderscheidt vijf zorgfuncties: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG), behandeling (BH) en verblijf (VB).

PV omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Deze zorgvorm biedt hulp bij ADL-beperkingen. Voorbeelden zijn hulp bij het douchen, wassen op bed, aankleden, scheren, huidverzorging, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken.

De tweede zorgfunctie van de AWBZ is verpleging (VP). Deze omvat het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleeg-technische handelingen. Voorbeelden zijn wondverzorging, injecties geven, leren zelf injecties te geven, advies over hoe om te gaan met ziekte.

BG is de derde vorm van AWBZ-zorg en kan opgedeeld worden in twee subfuncties. Ondersteunende begeleiding (OB) omvat activiteiten die de hulpbehoevende ondersteunt bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij. Deze taken hebben als doel de zelfredzaamheid van een individu te verhogen en

sociale exclusie tegen te gaan. Activerende begeleiding (AB) helpt de zorgvrager om met zijn beperking om te gaan. In tegenstelling tot OB neemt AB de aandoening niet als gegeven. Voorbeelden van BG zijn hulp bij de administratie, boodschappen doen, uitstappen doen, lezen, rekenen en schrijven.

De vierde zorgfunctie, BH, omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening. Voorbeelden zijn behandeling door een psychiater, een zenuwarts of een psychotherapeut.

VB is tot slot van kracht wanneer de zorgvrager nood heeft aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Voorbeelden zijn verzorgingstehuizen en verpleeghuizen.

1.2 Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft als doel de bevolking zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en te laten participeren in de maatschappij. De verantwoordelijkheid voor de realisatie en de invulling van deze doelstellingen ligt volledig bij de gemeenten. De gemeenten moeten dit doen binnen negen prestatievelden die opgelegd zijn door de centrale overheid. Onze analyse wordt beperkt tot het prestatieveld dat betrekking heeft op de thuiszorg en residentiële zorg, *voorzieningen voor mensen met beperkingen* (prestatieveld 5). Deze doelstelling stelt dat gemeenten hulp moeten bieden aan inwoners met lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen. De Wmo regelt met andere woorden de lichtere vormen van hulp bij beperkingen.

De voorzieningen bieden hulp bij huishoudelijke verzorging (HV), bij verplaatsingen binnenshuis en buitenshuis en bij de ontmoetingen tussen medemensen.

Sinds de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 is de HV overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. HV omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. Deze zorgvorm biedt hulp bij IADL-beperkingen. Voorbeelden zijn hulp bij het opruimen, schoonmaken, ramen zemen en maaltijden bereiden. Naast deze individuele hulp bieden gemeenten nog tal van collectieve voorzieningen aan zoals kinderopvang, oppascentrale, maaltijddienst en boodschappendienst.

Doordat de Wmo nog maar sinds twee jaar van kracht is en gemeenten zelf verantwoordelijk zijn voor de invulling en realisatie van Wmo-voorzieningen, is het onmogelijk om een globaal beeld te krijgen van hulp bij verplaatsingen binnenshuis en buitenshuis en bij de ontmoetingen tussen medemensen. Daarom beperkt de analyse zich enkel tot de HV.

1.3 Selectiecriteria

Om in aanmerking te komen voor een van de zorgfuncties van de AWBZ moet de zorgvrager in het bezit zijn van een indicatiebesluit. De indicatiestelling gebeurt in

Nederland door het onafhankelijk en zelfstandig landelijk overheidsorgaan Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Bij de vorming van een indicatiebesluit worden een aantal factoren in rekening gebracht. Hiervoor doet het CIZ onderzoek naar de gezondheidsproblematiek, situationele kenmerken en alternatieve hulp.

Allereerst moet er sprake zijn van een gezondheidsprobleem. Het CIZ maakt een onderscheid tussen zes beperkingen, grondslagen, die kunnen leiden tot een behoefte aan AWBZ-zorg. Zonder deze grondslag komt de zorgvrager niet in aanmerking voor AWBZ-hulp. Na de vaststelling van één of meerdere grondslagen gaat het CIZ de situationele kenmerken en de mogelijkheid tot alternatieve hulp in rekening brengen.

Hierbij spelen persoonlijke kenmerken zoals geslacht en leeftijd een grote rol. Zo is de behoefte aan zorg groter bij vrouwen als bij mannen en heeft een 80-plussers doorgaans meer hulp nodig dan een twintiger. Voorts kijkt het CIZ naar de samenstelling van het huishouden. Is er de mogelijkheid tot informele hulp? Kan de zorgvrager beroep doen op zijn sociaal netwerk om in zijn behoefte te voorzien? Tot slot onderzoekt het CIZ of de zorgvrager geen beroep kan doen op wettelijke voorliggende en algemene gebruikelijke voorzieningen. Deze voorzieningen, waaronder de Wmo-voorzieningen, kunnen HV leveren of woningaanpassingen doen om zo tegemoet te komen aan de hulpvraag van zorgbehoevende. Pas als al deze alternatieve hulpvormen in rekening gebracht zijn, kan een individu beroep doen op gefinancierde hulp van de AWBZ.

Op basis van deze redenering vaardigt het CIZ een individueel indicatiebesluit uit. Dit besluit is bindend en geeft uitsluitsel voor welke zorgfuncties de zorgvrager in aanmerking komt. Voorts geeft het informatie over de omvang en de duur van de zorgfunctie.

Bij de zorgfuncties PV, VP en BG kan de zorgbehoevende beslissen om de zorg niet in natura (ZIN) op te nemen maar via een persoonsgebonden budget (PGB). Hij/zij kan dan zelf de nodige zorg inkopen. Bij ZIN vervult een Zorgkantoor deze opdracht. Dit kantoor onderhandelt met de zorgaanbieders voor de geschikte zorg en regelt eveneens de betaling voor de cliënt. Bij een PGB moet de zorgvrager zelf zijn zorg inkopen en zelf de betaling regelen. Het voordeel van een PGB is dat het individu zijn zelfstandigheid behoudt. Door het rechtstreekse contact met de zorgaanbieder is deze leveringsvorm van zorg eveneens goedkoper voor de overheid. Het budget van het PGB bedraagt 75% van het bedrag dat uitbesteed wordt bij ZIN.

Voor HV vanuit de Wmo moet de zorgvrager eveneens in het bezit zijn van een indicatiebesluit. De verantwoordelijkheid voor dit besluit ligt bij de gemeenten. Zij zijn vrij in de keuze van de selectiecriteria die zij stellen voor hun inwoners. Sommige gemeenten doen beroep op het CIZ voor de indicatie. In andere gemeenten vervullen gemeenteambtenaren deze taak.

Het indicatiebesluit bepaalt voor welke hulp de zorgvrager in aanmerking komt en de omvang en de duur ervan. Net zoals bij AWBZ kunnen de burgers kiezen tussen ZIN of een PGB.

1.4 Conclusie

Het Nederlandse zorgsysteem voor ouderen wordt dus door twee aparte regelingen geleid, met aparte bevoegdheden, procedures en bekostigingen, wat dus de nodige complexiteit met zich meebrengt.

De AWBZ gaat eerst uit van een grondslag en verbindt deze vervolgens aan een aantal situationele factoren en de mogelijkheid tot gebruik van alternatieve voorzieningen. De Wmo gaat uit van de kwetsbaarheid van een individu in de maatschappij. Hulpbehoevenden komen in aanmerking voor deze zorg wanneer er sprake is van lichte beperkingen, problemen met de maatschappelijke participatie en/of problemen met de zelfredzaamheid.

Het Nederlandse zorgsysteem maakt geen expliciet onderscheid op basis van leeftijd. Zorg verleent vanuit de AWBZ en de Wmo is van kracht als er sprake is van respectievelijk beperkingen en maatschappelijke kwetsbaarheid.

Zorg vanuit de Wmo gaat vooraf aan zorg vanuit de AWBZ. Een zorgvrager kan pas beroep doen op de AWBZ als de zorg verleent door andere voorzieningen, zoals het Wmo, ontoereikend is. Zo wil de Nederlandse overheid vermijden dat mensen te snel beroep doen op de AWBZ-zorgfuncties. De indicatiestelling vervult hierbij een belangrijke rol.

2. Gebruik en intensiteit

Data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) geven een zicht op het gebruik en de intensiteit van de zorg.

AWBZ- en Wmo-zorg kunnen opgedeeld worden in *zorg zonder verblijf* en *zorg met verblijf*. Onder zorg zonder verblijf vallen de zorgfuncties HV, PV en VP. De functie VB behoort tot zorg met verblijf.

Dit rapport richt zich hoofdzakelijk op de thuiszorg en de residentiële zorg. De zorgfuncties BG en BH worden niet expliciet onderverdeeld bij zorg zonder verblijf of zorg met verblijf in de Nederlandse data. Bij de analyse van het gebruik en de intensiteit wordt daarom geen rekening gehouden met beide functies.

2.1 Zorg zonder verblijf

Ongeveer 5% van de totale Nederlandse bevolking doet beroep op zorg zonder verblijf. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het gebruik van zorg zonder verblijf naar zorgfuncties voor de periode 2004-2007.

Tabel 2.1 Aantal zorggebruikers per zorgfunctie en per combinatie van zorgfuncties, 2004-2007

Zorg zonder verblijf	2004	2004 (%)	2005	2005 (%)	2006	2006 (%)	2007	2007 (%)
Alleen HV	169 795	27,9	219 245	36,8	234 270	38,6	237 020	38,8
Alleen PV	39 710	6,5	29 425	4,9	31 910	5,3	48 000	7,9
Alleen VP	66 325	10,9	58 795	9,9	59 755	9,8	55 040	9,0
HV + PV	119 180	19,6	66 675	11,2	56 665	9,3	59 540	9,8
HV + VP	19 675	3,2	24 720	4,2	26 990	4,4	20 795	3,4
PV + VP	66 680	11,0	66 165	11,1	66 135	10,9	76 455	12,5
HV + PV + VP	126 725	20,9	130 350	21,9	131 845	21,7	113 325	18,6
Totaal	608 090	100,0	595 375	100,0	607 570	100,0	610 175	100,0

Bron: CBS 2009

Van de zorggebruikers zonder verblijf doet in 2007 ongeveer 70% beroep op de functie HV, al of niet in combinatie met een andere zorgfunctie. Het aandeel van PV en VP bedraagt respectievelijk 48,8% en 43,5%.

Wanneer een vergelijking over de jaren heen gemaakt wordt, valt op dat alleen het aandeel van HV met 10% stijgt. De combinatie HV + PV neemt daarentegen af met ongeveer 10% op vier jaar tijd. De andere vormen van zorg zonder verblijf blijven min of meer constant. Het aandeel enkelvoudige zorg (alleen HV en PV) neemt toe.²

In de volgende tabellen onderzoeken we het gebruik en de intensiteit van de zorgfuncties afzonderlijk.

2.2 Huishoudelijke verzorging (HV)

Gebruikers van HV krijgen hulp bij het verrichten van huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. De intensiteit van de zorg is afhankelijk van de mate van beperkingen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gebruikers en intensiteit van HV voor de periode 2004-2007.

Tabel 2.2 Gebruik en intensiteit van HV, 2004-2007

Totaal HV	2004	2005	2006	2007
Gebruikers	435 375	440 985	449 770	430 680
% bevolking	3,42	3,45	3,51	3,36
Uren zorg (x 1 000)	39 821	50 043	53 505	52 780
Gemiddeld aantal uren zorg per persoon per jaar	91	113	119	123

Bron: CBS 2009

² Dit werd ook geconstateerd in België aan de hand van opeenvolgende gezondheidsenquêtes. Zie Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008, p. 146.

Uit de tabel valt af te leiden dat het aantal gebruikers van HV geleidelijk toeneemt in de periode 2004-2006. In 2007 is er echter een daling waarneembaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is de overheveling van HV van de AWBZ naar de Wmo. Het aandeel van personen die beroep doen op HV ten aanzien van de totale populatie schommelt tussen 3,36% en 3,51%.

De gegevens over de geleverde uren HV, tonen een forse toename in de intensiteit op vier jaar tijd. Deze trend wordt onderstreept door de stijging van het gemiddelde aantal uren HV per persoon per jaar. Deze stijgt van 91 uren naar 123 uren.

Ondanks een lichte daling van het gebruik neemt de intensiteit van de HV toe. De volgende tabel onderzoekt het gebruik en de intensiteit van HV bij de 65-plussers.

Tabel 2.3 Gebruik en intensiteit HV bij 65-plussers, 2004-2007

65+ HV	2004	2005	2006	2007
Gebruikers 65+	357 220	365 350	374 710	360 855
65-79	169 750	167 570	167 545	157 820
% bevolking	9,66	9,39	9,27	8,59
80+	187 470	197 780	207 165	203 035
% bevolking	29,28	30,21	30,96	29,74
Uren zorg 65+ (x 1 000)	33 658	42 201	42 393	44 995
65-79 (x 1 000)	15 323	18 646	19 518	18 951
Gemiddeld persoon per jaar	90	111	116	120
80+ (x 1 000)	18 335	23 555	25 875	26 044
Gemiddeld persoon per jaar	98	119	125	128

Bron: CBS 2009

Van het totale aantal gebruikers van HV is meer dan 80% ouder dan 65-jaar. Over de periode 2004-2006 is een lichte daling merkbaar bij de leeftijdscategorie 65-79. In deze categorie doen er minder ouderen beroep op HV. Bij de 80-plussers is een omgekeerde beweging merkbaar. In de periode 2004 tot 2006 stijgt het aantal gebruikers met ongeveer 10 000. In 2007 is net zoals bij het totale aantal HV een daling terug te vinden bij het aantal 65-plussers dat beroep doet op HV. Deze daling is wellicht te wijten aan het onderbrengen van de HV bij de Wmo.

In tegenstelling tot het gebruik stijgt de intensiteit van HV bij 65-plussers door de jaren heen. Bij de 80-plussers is de toename het grootst.

2.3 Persoonlijke verzorging

Gebruikers van persoonlijke verzorging krijgen hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Volgende tabel geeft een overzicht van het aantal gebruikers en de intensiteit van de zorg.

Tabel 2.4 Gebruik en intensiteit van PV, 2004-2007

Totaal PV	2004	2005	2006	2007
Gebruikers	352 300	292 615	286 560	297 320
% bevolking	2,76	2,29	2,24	2,32
Uren zorg (x 1 000)	37 384	29 519	30 193	32 025
Gemiddeld aantal uren zorg per persoon per jaar	106	101	105	108

Bron: CBS 2009

Ongeveer de helft van de gebruikers van zorg zonder verblijf doet beroep op PV. Dit komt overeen met 2% à 3% van de totale bevolking. In de periode 2004-2006 is een forse daling van het aantal gebruikers merkbaar. In 2007 stijgt het aantal gebruikers licht. Deze tendens is wellicht te wijten aan de overheveling van de HV naar de Wmo.

Dezelfde trend is merkbaar bij het aantal uren zorg. In tegenstelling tot het aantal gebruikers ligt het gemiddelde aantal uren zorg per persoon per jaar echter hoger in 2007 dan in 2004. Dit wijst op een toename van de intensiteit van de zorg.

De volgende tabel geeft een overzicht van de verdeling van het gebruik en intensiteit van PV bij 65-plussers:

Tabel 2.5 Gebruik en intensiteit PV bij 65-plussers, 2004-2007

65+ PV	2004	2005	2006	2007
Gebruikers 65+	289 495	251 865	249 825	260 505
65-79	125 215	101 640	97 250	99 550
% bevolking	7,13	5,7	5,38	5,42
80+	164 280	150 225	152 575	160 955
% bevolking	25,66	22,94	22,8	23,57
Uren zorg 65+ (x 1 000)	32 467	26 792	27 538	29 140
65-79 (x 1 000)	10 433	7 700	7 879	8 207
Gemiddeld persoon per jaar	83	76	81	82
80+ (x 1 000)	22 034	19 092	19 659	20 933
Gemiddeld persoon per jaar	134	127	129	130

Bron: CBS 2009

Van het totaal aantal gebruikers van PV is meer dan 85% ouder dan 65 jaar. Gemiddeld 60% van deze groep van 65-plussers is ouder dan 80 jaar. De zorgintensiteit ligt eveneens hoger bij de 80-plussers dan bij de 65- tot 79-jarigen.

Over de vier jaar heen daalt het gebruik van PV fors in de eerste drie jaar en stijgt het licht in het laatste jaar.

De zorgintensiteit neemt af in de periode 2004-2005 en stijgt dan geleidelijk. Het gemiddelde aantal uren zorg per persoon per jaar volgt dezelfde trend.

2.4 Verpleging

De zorgfunctie VP staat de gebruiker bij verpleeg-technische handelingen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het gebruik en intensiteit van de zorg voor de ganse populatie.

Tabel 2.6 Gebruik en intensiteit van VP, 2004-2007

Totaal VP	2004	2005	2006	2007
Gebruikers	279 410	280 030	284 725	265 615
% bevolking	2,19	2,19	2,22	2,07
Uren zorg x 1 000	12 310	10 931	11 333	10 475
Gemiddeld aantal uren zorg per persoon per jaar	44	39	40	39

Bron: CBS 2009

Ongeveer 40% van de zorggebruikers zonder verblijf doen beroep op de functie VP. Dit komt overeen met ongeveer 2,2% van de Nederlandse bevolking. Verder valt uit de tabel af te leiden dat het aantal gebruikers in de periode 2004-2006 toeneemt, terwijl er in 2007 een forse daling plaatsvindt.

Het aantal zorguren en het gemiddeld aantal uren zorg per persoon per jaar dalen over de algemene lijn. In vergelijking tot HV en PV is er hier geen toename van intensiteit maar een daling.

Tabel 2.7 Gebruik en intensiteit VP bij 65-plussers, 2004-2007

65+ VP	2004	2005	2006	2007
Gebruikers 65+	228 470	228 400	232 690	215 320
65-79	101 595	99 775	99 270	90 760
% bevolking	5,78	5,59	5,49	4,94
80+	126 875	128 625	133 420	124 560
% bevolking	19,82	19,65	19,94	18,24
Uren zorg 65+ (x 1 000)	10 220	9 134	9 566	8 779
65-79 (x 1 000)	4 159	3 535	3 565	3 211
Gemiddeld persoon per jaar	41	35	36	35
80+ (x 1 000)	6 061	5 599	6 001	5 568
Gemiddeld persoon per jaar	48	44	45	45

Bron: CBS 2009

Van het totale aantal gebruikers van VP behoort ongeveer 80% tot de leeftijdscategorie 65-plus. Binnen deze categorie is 55% ouder dan 80 jaar.

De zorgintensiteit ligt gemiddeld 9 uur hoger bij de 80-plussers dan bij de 65-tot 69-jarigen. Over de vier jaar heen daalt het aantal gebruikers en het aantal zorguren. Het verschil is het grootst bij de leeftijdsgroep 65-79.

2.5 Zorg met verblijf

In Nederland bestaan er drie types van instellingen die zorg met verblijf regelen. Instellingen van Verpleging en Verzorging (V&V), van Gehandicaptenzorg (GZ) en van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Onderstaande tabel geeft een inzicht in het gebruik en de intensiteit voor de drie sectoren.

Tabel 2.8 Zorg met verblijf, 2004-2006

Zorg met verblijf	2004	2005	2006
Gebruikers totaal	227 900	230 160	232 640
Gebruikers V&V	162 315	161 270	160 190
Gebruikers GZ	49 820	51 820	53 725
Gebruikers GGZ	15 770	17 070	18 725
% bevolking	1,79	1,80	1,82
% V&V	1,28	1,26	1,25
% GZ	0,39	0,41	0,42
% GGZ	0,12	0,13	0,15

Bron: CBS 2009

Ongeveer 1,8% van de Nederlandse bevolking doet beroep op zorg met verblijf. Hiervan verblijft 70% in een instelling van V&V.

In de periode 2004-2006 stijgt het aantal gebruikers licht. Binnen de categorieën vertaalt dit zich in een stijging bij de gebruikers van GZ en GGZ en een lichte daling bij de gebruikers van V&V.

In dit rapport ligt de focus op de ouderenzorg. De analyse van zorg met verblijf beperkt zich daarom enkel op de categorie V&V. Deze omvat de functie verblijf op basis van somatische of psychogeriatrische aandoening/beperking. Volgende tabel maakt een onderverdeling op basis van leeftijd.

Tabel 2.9 Gebruik Verpleging en Verzorging op basis van leeftijd, 2004-2006

V&V	2004	2005	2006
Gebruikers totaal	162 315	161 270	160 190
Gebruikers 65-79	36 325	36 455	36 105
Gebruikers 80+	119 160	117 575	116 340
% bevolking	1,28	1,26	1,25
% 65-79	2,12	2,09	2,04
% 80+	20,71	19,97	19,3

Bron: CBS 2009

Ruim 70% van de bewoners van V&V instellingen is ouder dan 80 jaar. De 65- tot 79-jarigen vertegenwoordigen 20% van het totaal aantal V&V gebruikers.

Over de drie jaar heen is er een lichte daling van het aantal gebruikers merkbaar maar deze is zeer miniem.

Aan de indicatie zorg met verblijf wordt sinds 2007 een integraal pakket van zorg gekoppeld, de Zorgzwaartepakketten (ZZP's). Deze pakketten zijn het gevolg van de invoering van een nieuw bekostigingssysteem in de AWBZ, de zorgzwaartebekostiging. De zorgsector V&V telt tien pakketten: acht voor langdurige zorg, een pakket voor kortdurende zorg gericht op revalidatie, een pakket kortdurende zorg gericht op palliatieve terminale zorg. Een patiënt wordt toegekend aan een bepaalde ZZP op basis van zijn beperkingen.

In de ZZP's worden vier soorten zorg opgenomen: begeleiding in geval van sociale redzaamheidsbeperkingen en problematisch psycho-sociaal functioneren; verzorging staat voor persoonsverzorging, hulp bij verplaatsing en motorisch functioneren; verpleging; tenslotte hulp bij probleemgedrag.

ZZP1 en 2 kennen geen of zeer beperkte problemen op elk van deze vier domeinen, vanaf ZZP3 nemen de begeleiding en de persoonlijke verzorging sterk toe. Vanaf ZZP6 stijgen ook de verplegingsproblemen. ZZP7 kent bovendien veel probleemgedrag.

In onderstaande tabel wordt een overzicht van de gebruikers per pakket gegeven.

Tabel 2.10 Gebruik en intensiteit per zorgzwaartepakket van de V&V, 2007

V&V	Gebruikers	Gebruikers (%)
ZZP 1	32 931	20,5
ZZP 2	19 072	11,9
ZZP 3	15 510	9,7
ZZP 4	5 359	3,3
ZZP 5	32 653	20,4
ZZP 6	20 906	13,0
ZZP 7	22 401	14,0
ZZP 8	3 007	1,9
ZZP 9	6 944	4,3
ZZP 10	1 600	1,0
Totaal	160 383	100,0

Bron: Ministerie VWS bijlage V&V indicatiestelling AWBZ, 2009

Daarin valt toch wel op dat de eerste twee categorieën – die de minste zorgproblemen kennen – zo omvangrijk blijken te zijn. Samen 32,4% – of bijna een derde – van de Nederlandse residentiële ouderenpopulatie. Zij blijken bovendien de facto ook weinig uren zorg te krijgen: tussen 4 à 6 uur per week. In ZZP6 krijgt men 18 uur zorg, in ZZP8 en 10 respectievelijk 26 en 29 uur zorg per week.

Er is dus in de Nederlandse residentiële opvang voor ouderen erg veel zorg-heterogeniteit en dito zorgkosten.

2.6 Conclusie

Ongeveer 6,8% van de Nederlandse bevolking doet in 2006 beroep op zorg zonder (5%) of zorg met verblijf (1,8%). Van deze zorggebruikers is 80 tot 90% ouder dan 65 jaar. HV is de meest gebruikte zorgvorm, gevolgd door PV, VP en VB.

Voorts speelt leeftijd een belangrijke rol bij het zorggebruik. Gemiddeld 5% à 10% van de 65- tot 79-jarigen doet beroep op zorg zonder verblijf. Bij de 80-plus-sers is dit tussen de 19% en 30%. Het verschil tussen beide leeftijdscategorieën bedraagt bij zorg met verblijf respectievelijk 2% en 20%.

3. Het SER-rapport over de AWBZ en WMO

In april 2008 publiceerde de Nederlandse Sociaal Economische Raad (SER) een rapport dat advies uitbracht over de werking van de AWBZ met onder andere een aantal belangrijke punten van kritiek.

De SER maakt een onderscheid in twee types van knelpunten: zorginhoudelijke en bestuurlijke.

De zorginhoudelijke knelpunten situeren zich op het niveau van de cliënt. Uit het rapport van de SER blijkt dat de kwaliteit van de zorg niet overal en in alle sectoren optimaal is. Er zit een verschil in de geleverde zorg tussen instellingen, ondanks dat deze over dezelfde middelen beschikken en onder dezelfde wetgeving vallen (SER, 2008, p. 47-48).

Een tweede punt van kritiek is het gebrek aan zorginhoudelijke en logistieke samenhang in de zorg. Zorggebruikers hebben te maken met uiteenlopende regelingen en dus met verschillende instanties, ondermeer de Wmo en de AWBZ. Deze instanties hebben elk hun eigen indicatieprocedures en beleidsregels en gescheiden financiering. Zo is het vaak onduidelijk waar men aanspraak op heeft en op grond van welke regeling en bij welke instantie men terecht kan om deze zorg en ondersteuning te verkrijgen. Doordat de verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van de zorg niet goed geregeld is, gaat de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg achteruit volgens de Raad. De regelgeving staat met andere woorden de samenhang in de weg (SER, 2008, p. 48-49).

Ten derde benadrukt de SER dat de zorggebruiker onvoldoende centraal staat in het huidige AWBZ-stelsel. Ze kunnen te weinig sturing geven aan hun zorgvraag en daarmee onvoldoende controle over hun eigen leven voeren. De voornaamste oorzaak is de beperkte diversiteit van en flexibiliteit in het zorgaanbod (SER, 2008, p. 49).

Het tweede type van knelpunten situeert zich op niveau van het beleid. De voornaamste kritiek naar waar de SER verwijst, is het gebrek aan een duidelijke omschrijving en afbakening van de AWBZ-aanspraken en de onduidelijke afbake-

ning met andere maatschappelijke sectoren. De overheid formuleerde de functie-gerichte aanspraken van de AWBZ bewust ruim om een flexibele vraagsturing mogelijk te maken. De aanspraken zijn echter voor een aantal doelgroepen te breed gedefinieerd. Vooral bij de functies OB en AB is er daardoor een te groot aanbod van activiteiten. Met als gevolg dat overlapping met ondersteuningsgerichte voorzieningen veelvuldig voorkomt (SER, 2008, p. 49).

Ten tweede zorgt de brede en onduidelijke omschrijving van de aanspraken ervoor dat de objectieve indicatiestelling door het CIZ bemoeilijkt wordt. De ruime wijze waarop de aanspraken in het Besluit Zorgaanspraken zijn vastgelegd, leidt tot interpretatieverschillen tussen regionale vestigingen en individuele beoordelaars (SER, 2008, p. 52).

Een derde punt van kritiek verwijst naar het ontbreken van duidelijkheid omtrent de verantwoordelijkheid in de uitvoering van de AWBZ. Door de toevoeging van hulporganen zoals het CIZ, de zorgkantoren en het CAK bij wet is de verantwoordelijkheidsverdeling complexer geworden. Er wordt als het ware een nieuwe uitvoeringsorganisatie gecreëerd naast de wettelijke. Hierdoor worden de mogelijkheden van toezicht op een formele eindverantwoordelijkheid beperkt (SER, 2008, p. 54).

4. De Vlaamse en Nederlandse zorg vergeleken

De comparatieve analyse van diverse zorgsystemen aan de hand van SHARE-data van 2004 levert materiaal op om beide systemen, versie 2004 te vergelijken op hun gebruik en werking (Geerts, 2009, p. 155-189).

Nederland – dat al meer alleenwonende 65-plussers kent dan Vlaanderen, 36,8% tegen 27,7% – kent bovendien iets minder hulp van buiten het ouderengezin zelf (29% tegen 31,6% in Vlaanderen). Deze externe informele zorg is in Nederland bovendien minder intensief (in Vlaanderen krijgt 21,2% van de ouderen dagelijks deze informele zorg tegen 12,7% in Nederland). Dit verschil is vooral groot voor wat de persoonlijke verzorging betreft.

De conclusie is duidelijk: er is duidelijk meer informele zorg in Vlaanderen en deze is bovendien intensiever.

Nederlandse ouderen krijgen veel minder verpleegzorg (4,7% tegen 12,7% in Vlaanderen) maar deze is bij de Noorderburen veel intensiever (31,7 uren per maand tegen 12,8 in Vlaanderen). De huishoudelijke zorg is in Nederland iets lager (16% van de ouderen gebruikt dit tegen 17,9 in Vlaanderen) maar is er minder intensief (11,8 uren per maand tegen 17,7 in Vlaanderen).

De conclusie is duidelijk: Nederlandse ouderen kregen anno 2004 aanzienlijk minder zorg aan huis, zowel informele als formele - dan hun Vlaamse leeftijdsgenoten. Wel is hun allocatie selectiever en intensiever, althans voor de verpleeghulp.

De vergelijking met betrekking tot de residentiële zorg levert het volgende beeld op.

Op grond van de gebruikers van de uitkeringen van de Vlaamse Zorgverzekering kan volgend beeld worden geschetst van de residentiële zorg van ouderen. Dit beeld zal iets onderschatten wat de werkelijke situatie is, in 2006 en 2007.

Tabel 2.11 Aantal tenlastenemingen zorgverzekering residentiële zorg, naar leeftijdscategorie voor Vlaanderen, 2004-2007

Residentiële zorg	2004	2005	2006	2007
Totaal gebruikers	63 779	64 883	67 208	69 024
% bevolking	1,06	1,07	1,1	1,13
65+	60 493	61 665	63 865	65 664
% 65+	5,72	5,74	5,89	6,03
65-79	14 981	14 976	15 030	14 997
% 65-79	1,84	1,83	1,84	1,85
80+	45 512	46 689	48 835	50 667
% 80+	18,71	18,33	18,34	18,26

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Studiedienst van de Vlaamse Regering

Een aanzienlijk hoger percentage (1,8%) van de globale Nederlandse bevolking verschijnt in de tabel over 'zorg met verblijf' dan de 1,1% die in Vlaanderen uitkeringen van de zorgverzekering krijgt. De vergelijking met betrekking tot de mate van gebruik van de 80-plussers wijst ook in de richting van een hoger gebruik in Nederland: 19,3% in 2006 tegen 18,3% in Vlaanderen.

Kortom, steeds een hoger cijfer voor residentiële zorg voor de oudere bevolking in Nederland.

Het globale beeld is dit: de Vlaamse ouderen krijgen zowel meer informele als meer formele zorg aan huis dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Dit geldt voor het gehele pakket, ook zonder de verpleeghulp in rekening te brengen. De opvallende aanwezigheid van zoveel verpleeghulp in Vlaanderen, zij het minder intensief, is een van de kenmerkende verschillen met Nederland.

De Nederlandse residentiële zorg blijft omvangrijker maar het globale beeld is dat de sociale zorg voor ouderen in Vlaanderen breder is en dit zowel vanuit de familie als van overheidswege. Deze laatste is in Nederland iets selectiever en (wellicht daardoor) intensiever, in de verpleeghulp althans.

5. Het Wanless review-rapport over de zorg in Engeland

Het Verenigd Koninkrijk is geen partner in het Europese SHARE-project en daarom hebben we, ter vergelijking met Vlaanderen en Nederland, informatie gezocht in een recent en zeer goed gedocumenteerd Rapport uitgaande van een groep zeer deskundige auteurs over de toekomst van de Engelse sociale zorg aan ouderen.

Dit rapport tracht de toekomstige vraag en kosten voor de ouderenzorg in kaart te brengen. Het vertrekt van het uitgangspunt dat het huidige Engelse zorgmodel niet voldoet aan de behoeften van alle zorgvragers. Als mogelijke oorzaken formuleren zij het gebrek aan middelen en aanbod. Een verhoging van de middelen kan een oplossing bieden. De centrale vraag in het rapport is dan ook hoeveel geld en middelen hiervoor nodig zijn.

Het Wanless Review Team formuleert een aantal mogelijke toekomstscenario's om zo de complexe relatie tussen persoonlijke beperkingen, zorgbehoeften, zorggebruik weer te geven.

Drie scenario's worden gebruikt om deze uitkomsten te vertalen naar de toekomst. Het toekomstbeeld van sociale zorg wordt met andere woorden beantwoord met de vraag: welke uitkomsten kan het leveren? Het is dan ook vanzelfsprekend dat hoe ambitieuzer de uitkomsten willen zijn, hoe meer inspanningen het zorgsysteem moet leveren en hoe meer het geheel zal kosten. De drie scenario's zijn progressief: het eerste is het minst ambitieus, het laatste het meest.

Het eerste scenario omvat het huidige zorgmodel (*current service model*). Dit model vertegenwoordigt het startpunt of de 'basislijn'. Het vertrekt vanuit de huidige diensten en ondersteuning en gaat ervan uit dat de uitkomsten voor de afhankelijke ouderen dezelfde zullen zijn in de toekomst. Dit standaardscenario wordt dan ook voornamelijk gebruikt als vergelijkingspunt. Het is gekozen omdat het in essentie hetzelfde niveau van ouderenzorg geeft in de toekomst. Enkel de demografische kenmerken zouden veranderen, het aantal personen dat zorg nodig heeft en de kosten van deze zorg.

Scenario twee gaat uit van de zogenaamde kerntaken van het zorgmodel (*core business*). Dit model gaat verder dan het eerste model door te veranderen wat het zorgsysteem doet en wat het voor de mensen voorziet. Dit scenario focust zich op wat de kerntaken voor het sociale zorgsysteem zouden moeten zijn. Het overweegt in welke mate de maatschappij en de zorggebruikers deze uitkomsten willen steunen en in welke mate zij bereid zijn om bij te dragen.

Het laatste scenario is het welzijnsmodel (*well-being*). Dit scenario heeft hetzelfde vertrekpunt als scenario twee maar legt de lat nog hoger. Het streeft ondermeer naar een verbetering van de sociale participatie en inclusie en een gevoel van welzijn. Deze uitkomsten zijn echter moeilijker te definiëren en objectief te meten.

Volgende tabellen geven een overzicht van het formele zorggebruik bij 65-plussers in procenten volgens de drie scenario's van het Wanless review. Er wordt een onderscheid gemaakt in drie zorgvormen: thuiszorg (*LA funded home help en community-based*), dagzorg (*day centre, meals en other community-based*) en zorg met verblijf (*institutional*).

Tabel 2.12 Gebruikers van thuiszorg in procenten, 65-plussers, 2002-2026

Thuiszorg	2002	2007	2012	2017	2022	2026
Scenario 1	4,3	4,4	4,2	4,2	4,4	4,5
Scenario 2	11,5	11,6	11,4	11,4	11,8	12,0
Scenario 3	11,5	11,6	11,4	11,4	11,8	12,0

Bron: Wanless report

Uit de tabel valt af te leiden dat er een groot verschil is tussen scenario 1 en scenario 2 en 3 bij de thuiszorg voor 65-plussers. Deze kloof is voornamelijk te wijten aan de invloed van private, commerciële hulp in scenario 1. Ongeveer 5% van de 65-plussers doet beroep op deze privé-hulpverlening. Deze is niet opgenomen in de tabel. In scenario 2 en 3 benadert het Wanless team de thuiszorg vanuit een gemeenschapsbenadering. De gemeenschap staat in voor de volledige hulpverlening van de thuiszorg. Het aantal gebruikers dat beroep doet op thuiszorg volgens scenario 2 is gelijk aan het aantal gebruikers volgens scenario 3. Deze gelijkenis is toe te schrijven aan de invulling van beide scenario's. De thuiszorg vertegenwoordigt de zorg die er zou moeten zijn. Het verschil tussen beide scenario's situeert zich op het niveau van de dagzorg. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze zorgvorm.

Tabel 2.13 Gebruikers van dagzorg in procenten, 65-plussers, 2002-2026

Dagzorg	2002	2007	2012	2017	2022	2026
Scenario 1	4,8	4,8	4,6	4,7	4,8	5,0
Scenario 2	4,1	4,2	4,2	4,1	4,3	4,3
Scenario 3	10,3	10,3	10,3	10,1	10,4	10,5

Bron: Wanless report

De dagzorg heeft als belangrijkste taken de informele zorgverlener te ontlasten en het welzijn van de ouderen te vergroten. Deze twee doelstellingen zijn enkel expliciet opgenomen in scenario 3 van het Wanless review. Het verschil in aantal gebruikers tussen de drie scenario's is dan ook duidelijk te merken uit bovenstaande tabel.

Tabel 2.14 Gebruikers van zorg met verblijf in procenten, 65-plussers, 2002-2026

Residentiële zorg	2002	2007	2012	2017	2022	2026
Scenario 1	4,0	4,2	4,0	4,0	4,1	4,3
Scenario 2	3,2	3,3	3,2	3,2	3,3	3,4
Scenario 3	3,2	3,3	3,2	3,2	3,3	3,4

Bron: Wanless report

Uit de tabel van het residentiële gebruik valt af te leiden dat er een permanent blijvende daling wordt vooropgesteld van het percentage gebruikers van residentiële zorg. Indien men aldaar enkel personen zou toelaten die ADL-beperkingen hebben, alleen-zijn en/of cognitieve beperkingen hebben die thuis niet meer op te vangen zijn, dan, zo stelt het Rapport, zou tussen de 25 à 33% van de huidige instroom in de residentiële zorg kunnen worden voorkomen. Uiteraard moeten er dan veel meer mensen in intensievere thuiszorgvormen worden opgevangen, wat weerspiegeld is in de vorige tabel waarin de percentages thuiszorg en dagzorg flink hoger worden ingeschat (Wanless Report, *Expenditure on social care for older people*, p. 20-21).

Vergeleken met het gebruik van sociale zorg door Vlaamse en ook Nederlandse ouderen is het Engelse publiek-gefinancierde thuiszorgaanbod aan de povere kant. De twee alternatieve scenario's willen dit blijkbaar in meer continentale zin veranderen.

Het huidige Engelse gebruik van de residentiële zorg is daarentegen al vergelijkenderwijze iets lager dan het Vlaamse en Nederlandse niveau.

Globaal bij elkaar opgeteld - 4,4% huishulp, 5% commerciële zorg en 4,2% residentiële zorg - maakt samen 13,6% van de Engelse ouderen die nu zorg uit om het even welke bron krijgen. Indien de dagzorg een geheel eigen publiek zou aantrekken - wat ons niet erg realistisch lijkt - dan zou de totale som van het huidige Engelse formele gebruik toch nog maar 18,4% bedragen, en daarmee nog enkele procenten onder het Nederlandse niveau blijven en zeker ver onder het Vlaamse verzorgingspeil.

Het huidige Engelse zorgniveau - het scenario 1 - dus een model dat de typische kenmerken heeft van een marktsamenleving waarbij de armen via publieke voorzieningen worden geholpen en voor wie de middelen heeft de private markt moet opgaan. Het scenario 3 - dat zou uitkomen op 25,2% gebruik - komt ongeveer op het huidige globale niveau (2004) dat in Vlaanderen is bereikt met een iets lager percentage van residentiële zorg.

6. Besluit van de comparatieve studie

De huidige Vlaamse zorgsituatie voor de ouderen is in vergelijking met zowel Nederland als Engeland, - en zelfs ruimer, gelet op de SHARE-landen - op basis van de nu beschikbare informatie - ruimhartig. Er is zowel meer informele als meer formele zorg, en die zorg wordt meer aan huis geleverd. Het Vlaamse thuiszorgaanbod is ook ruim meer medisch getint dan het Nederlandse en precies daar ook minder selectief en minder intensief.

Dit aanbod zal overal op de proef worden gesteld, in de komende decennia: de vraag zal sneller toenemen dan voorheen en bijzonder de alleroudsten zullen ongewoon snel stijgen en daarom zal een specifiek en omvangrijk aanbod voor

hen noodzakelijk zijn. Voor de gehele populatie is een volgehouden demografisch-gebaseerde aangroei noodzakelijk om het huidig peil te handhaven.

Het Vlaams/Belgische zorgsysteem zal zich wellicht moeten heroriënteren wat de medische component aan huis betreft om aldaar de duplicatie – en de kostenverschillen – weg te werken. Ook levert het Vlaamse model blijkbaar eerder een weinig intensieve zorg aan huis, een praktijk die niet in het voordeel is van een beleid en die burgers die thuis zware zorgsituaties willen mogelijk en doenbaar maken.

Opmerkelijk is overigens dat in beide buitenlandse zorgsystemen een vergelijkbare groep (tussen een kwart en een derde) van de ouderen in de residentiële zorg vrijwel geen ADL-beperkingen ervaart. In het Engelse toekomstrapport wordt ervoor geopteerd om voor deze groep intensieve thuiszorg aan te bieden zodat er een lager percentage dan op heden in de toekomst een plaats in de residentiële zorg krijgt. Dat is dan ook een van de redenen om de thuiszorg er fors op te trekken.

HOOFDSTUK 3

PROGRAMMATIE THUISZORGDIENSTEN

Georges Hedeboom & Jozef Pacolet, HIVA-K.U.Leuven

De thuiszorgdiensten zijn gekenmerkt door een continuüm van behoeften en hulpverlening. Dit maakte in het verleden dat er een zekere branchevervaging optrad, of een zekere overlap in het dienstenpakket van diverse thuiszorgdiensten. Samen met een aantal recente wijzigingen in de gehanteerde terminologie (bijvoorbeeld gezins- en bejaardenhulp werd gezinszorg, poetshulp werd logistieke hulp) leidt dit ook tot een zekere begripsverwarring.

Het nieuwe woonzorgdecreet heeft met zijn vernieuwde terminologie en de structuur van het decreet dit niet kunnen uitklaren.

In het woonzorgdecreet spreekt men vooreerst van *diensten voor gezinszorg* (en *kraamzorg*) en *aanvullende thuiszorg*. Zij hebben de opdracht aan gebruikers met een verminderd zelfzorgvermogen persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aan te bieden evenals de bijhorende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding. De aanvullende thuiszorg bestaat uit schoonmaakhulp (de vroegere poetshulp), karweihulp (de vroegere klusjesdienst) en professionele oppashulp. Hiermee integreert het decreet de diensten gezinszorg met de vroegere diensten logistieke hulp en aanvullende thuiszorg die reeds verbonden waren met een dienst gezinszorg.

Vervolgens worden apart diensten voor logistieke hulp vermeld die als opdracht hebben aan gebruikers met een verminderd zelfzorgvermogen schoonmaakhulp en karweihulp aan te bieden. Indien deze dienst wel verbonden zou zijn aan een dienst gezinszorg vallen deze onder de boven vermelde 'aanvullende thuiszorg'. Het decreet voorziet een aparte categorie voor die diensten logistieke hulp en aanvullende thuiszorg waar de band niet eenduidig kan gelegd worden met een dienst gezinszorg, bijvoorbeeld omdat in het werkingsgebied geen dienst gezinszorg aanwezig is. De programmatie voor deze diensten is echter inbegrepen in de programmatiecijfers voorzien voor de aanvullende thuiszorg van de 'diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg'.

Ten slotte worden ook aparte diensten voor oppashulp vermeld die als opdracht hebben de vraag naar en het aanbod van oppashulp te coördineren in samenwerking

met vrijwilligers. Het gaat hier over vrijwillige oppashulp. De professionele oppasdienst wordt verstrekt door de 'Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg'.

Wij vatten de nieuwe definities samen in onderstaande tabel.

Tabel 3.1 Nieuwe en vroegere benaming van een aantal thuiszorgdiensten

	Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	Diensten voor logistieke hulp	Diensten voor oppashulp
Nieuwe benaming	Persoonsverzorging Huishoudelijke hulp Psychosociale begeleiding En verder, al dan niet in samenwerking met andere diensten: - Schoonmaakhulp - Karweihulp - Professionele oppashulp	Diensten die alleen schoonmaakhulp en karweihulp aanbieden	Coördinatie vrijwillige oppashulp
Vroegere benaming(en)	Gezinszorg voorheen gezins- en bejaardenhulp Logistieke hulp voordien Poetshulp Klusjesdienst Oppashulp	Logistieke hulp voordien Poetshulp Klusjesdienst	Vrijwillige oppashulp

In de bijlagen van het woonzorgdecreet waar de programmatiecijfers worden besproken, wordt een aparte bijlage gemaakt voor elk van deze diensten.

De programmatie voor de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg bevat zoals gezegd ook de programmatie voor de aparte diensten voor logistieke hulp.

De bijlage van het woonzorgdecreet over oppasdiensten geldt enkel de diensten voor vrijwillige oppashulp, aangezien de professionele oppas geïntegreerd is in de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg.

Analytisch is er evenwel nog een ander probleem, dat direct verbonden is met de 'brancheervaging' tussen de diensten. Met name grenst de gezinszorg en de zorgkundige of verzorgende haar takenpakket enerzijds aan bepaalde taken van de thuisverpleging en anderzijds raakt de poetshulp aan het werk van tal van individuele verstrekkers van schoonmaakhulp en tevens de verstrekkers van huishoudelijke hulp die betaald wordt via dienstencheques. In bijlage 5 illustreren wij aan de hand van een jaarverslag van een grote dienst thuiszorg, hoe een aantal van deze diensten mekaar raken en alvast ook tot het aanbod behoren van die dienst, weliswaar voor onderscheiden doelgroepen. De vraag blijft of de programmatie van de diensten voorzien in het woonzorgdecreet daar abstractie kan

van maken. Wij brengen alvast de relatieve omvang gedeeltelijk in beeld aan de hand van een recente bevraging bij zorgafhankelijke personen in Vlaanderen.³

1. Programmatie voor gezinszorg en huidige vraag

1.1 Uitgangspunten

1. Bij de bepaling van de programmatie voor de *diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg* vertrekken we van de huidige gebruikscijfers (2006) en gaan na in welke mate deze de huidige vraag dekken. We baseren ons daarvoor op een recente HIVA-studie in opdracht van Vereniging van de Diensten voor Gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap (VVDG) (Hedebouw & Merckx, 2007).

Voor 2006 waren 17 785 347 uren gezinszorg geprogrammeerd, het maximale subsidiabele urencontingent bedroeg 14 791 207 uren of 83,2% van het aantal geprogrammeerde uren en er werden 74 406 gezinnen (of ouderen) bediend.

De diensten signaleren dat dit (maximale subsidiabele) urencontingent niet volstaat om alle opdrachten die het thuiszorgdecreet voorziet uit te voeren. Men stelt dat daardoor een aantal aanvragen niet kan gehonoreerd worden, dat cliënten niet het aantal uren kunnen krijgen dat geïndiceerd is of dat men daardoor het aanbod niet kan uitbreiden naar nieuwe (en legitieme) doelgroepen (bv. i.v.m. kraamzorg, psychiatrische patiënten, kansarme gezinnen).

2. De regionale spreiding van de gepresteerde uren gezinszorg is nu zeer ongelijk. De realisatiegraad van de programmatie varieert van 50% (arrondissement Halle-Vilvoorde) naar 135% (arrondissement Leper). Tussen de provincies varieert het percentage van 69,8% (Vlaams-Brabant) naar 98,5% (West-Vlaanderen). Deze ongelijke regionale spreiding heeft historische redenen en vertoonde in het hoger vermelde onderzoek geen correlatie met enkele vraagfactoren (kansarmoede, werkloosheidspercentage vrouwen, ...) of aanbodfactoren (bv. aanbod van rusthuisplaatsen, aantal uren poetshulp, ...). Dit wil bijvoorbeeld zeggen dat regio's met veel rusthuisbedden soms ook meer uren gezinszorg gebruiken. Dit komt omdat ze hun aanbod naar nieuwe doelgroepen uitbreiden (zie verder).
3. Enkele vaststellingen ondersteunen de stelling van de diensten dat het *maximale subsidiabele urencontingent* onvoldoende is om de opdrachten zoals geformuleerd in het vroegere thuiszorgdecreet uit te voeren:
 - Een onderzoek van Familiehulp in 2006 wees uit dat er een verschil is tussen de effectief verleende hulp, de hulp afgesproken tussen de dienst en de

³ Het is enerzijds de meest recente informatie en anderzijds ook de meest volledige. De gezondheidsenquête geeft namelijk een onvolledig beeld van het gebruik van deze diensten.

- cliënt en de vraag van de cliënt. De verleende hulp ligt lager dan de afgesproken hulp, die op haar beurt lager ligt dan de door de cliënt gevraagde hulp. De gemiddelde gevraagde hulp bedroeg 7,96 uren per week terwijl het gemiddelde aantal effectief verleende uren 5,9 uur bedroeg of 74,1%.
- Familiezorg West-Vlaanderen schatte voor 2006 dat slechts 81% van de geïndiceerde uren (het aantal uren per week vastgelegd in de afsprakenregeling bij het begin van de zorgverlening) effectief werd gepresteerd.
 - Ongeveer een derde van de openbare diensten verstrekt meer uren dan het subsidiabele urencontingent: 22% zit tussen de 100 en 110% en 9,5% boven de 110% (VVSG, 2006). Ook dit gegeven wijst op krapte – zij het mogelijk in regio's met een lage realisatiegraad van de programmatie – aangezien de gemeenten zelf deze kosten moeten dragen.
 - Op basis van de LOVO_1-enquête kon het actuele tekort aan uren gezinszorg bij 55-plussers geraamd worden op ongeveer 20 à 25%. Dit cijfer stemt ongeveer overeen met de discrepantie die er nu is tussen de geprogrammeerde uren en de maximale subsidiabele uren (83% van de programmatie). Zoals gezegd betreft de LOVO_1-enquête alleen de oudere groepen (55 jaar of ouder) terwijl ongeveer 15% van de uren gezinszorg naar jongere gezinnen (<65 jaar) gaat.
4. Merkwaardig is dat zelfs in regio's waar de *programmatiecijfers* overschreden worden (en zo zijn er toch een 8-tal arrondissementen) het zorgbehoevendheidspercentage van de cliënten (% BEL-score >35) op ongeveer hetzelfde niveau ligt als in de andere regio's (alleen cijfers beschikbaar voor West-Vlaanderen). Deze diensten richten zich dan blijkbaar meer dan andere op nieuwe doelgroepen (kraamzorg, psychiatrie, personen met een handicap, ...) en zijn daardoor substitutief ten aanzien van enkele institutionele voorzieningen (materniteiten, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor personen met een handicap, ...).
 5. Er was voor 2006 een redelijk goede overeenstemming (voor twee onderzochte diensten Familiezorg en Familiehulp) tussen het aantal effectief verleende uren per leeftijdsgroep en het aantal uren dat de huidige programmatienorm per leeftijdsgroep vooropstelt. Dit wijst er op dat de urentoewijzing van de programmatie voorlopig kan behouden blijven tot een onderzoek voor de gehele sector meer klaarheid brengt.
 6. In functie van welke parameters kan een regionale programmatie uitgewerkt worden? Moet men bij de programmatie van de gezinszorg rekening houden met het aantal rusthuisplaatsen, zoals thans gebeurt bij de spreiding over de regio's, en deze in mindering brengen? Of voorziet men een budget per regio (zoals voor de gehandicaptensector) waarbij de regio's zelf beslissen over de besteding ervan? Naarmate men een beleid accepteert van een differentiële

ontwikkeling in de ene voorziening (bijvoorbeeld aantal rusthuisbedden) is een compenserende differentiële ontwikkeling in de thuiszorg plausibel. Dit hoeft overigens niet noodzakelijk samen te gaan met een vervanging door globale budgetten per regio, omdat daarmee de planningoefeningen van een hoger niveau worden verschoven naar een lager niveau. Globaal moet men wel een zicht hebben op de impliciete equivalentieregels.

1.2 Huidige programmatie en omvang zorg voor zwaar hulpbehoevende personen

In tabel 3.2 worden de vroegere programmatienormen gezinszorg afgezet tegenover de nieuwe programmatienormen. Zij impliceren een hoger aantal uren geprogrammeerde gezinszorg voor de jongste leeftijdsgroep (0-59 jaar) om ondermeer te voorzien in bijkomende uren kraamzorg.⁴ De stijging van 0,5 tot 0,62 uren per inwoner komt neer op een toename van het volume van geprogrammeerde uren van ongeveer 600 000. Voor de leeftijdsgroep 60-64 is er daarentegen een daling voorzien (van 3,5 naar 1,68 uren per jaar per inwoner in deze leeftijdsgroep), terwijl de leeftijdsgroep 65-74 een hoger aantal uren krijgt, met name van 3,5 naar 4,58. In totaal gaat ook het aantal uren voor de leeftijdsgroep 60-75 er op vooruit met een 10 000 uren op een totaal van 3,2 miljoen (dus zeg maar: status quo). Ook voor de leeftijdsgroepen boven de 75 jaar is het aantal geprogrammeerde uren constant gebleven ten opzichte van de desbetreffende leeftijdsgroepen.

⁴ Toelichting administratie.

Tabel 3.2 Omvang gezinszorg op basis van oude en nieuwe programmatiecijfers, berekend op basis van bevolkingscijfers Vlaanderen 2007

Oude programmatienormen gezinszorg, bevolkingscijfers 2007			
Leeftijdsgroep	Aantal inwoners per leeftijdsgroep (2005)	Uren gezinszorg per inwoner in leeftijdsgroep, oud voorstel	Aantal uren geprogrammeerd naar leeftijdsgroep
0-59	4 705 701	0,5	2 352 851
60-74	923 625	3,5	3 232 688
75-79	237 756	17,5	4 160 723
80-84	170 151	17,5	2 977 639
85-89	80 381	40,0	3 215 224
90+	37 714	40,0	1 508 568
Totaal	6 155 327		17 447 692
Nieuwe programmatienormen gezinszorg, bevolkingscijfers 2007			
Leeftijdsgroep	Aantal inwoners per leeftijdsgroep (2005)	Uren gezinszorg per inwoner in leeftijdsgroep, nieuw voorstel	Aantal uren geprogrammeerd naar leeftijdsgroep
0-59	4 705 701	0,62	2 917 535 *
60-64	340 409	1,68	571 887
65-74	583 216	4,58	2 671 129
75-84	407 906	17,50	7 138 362
85+	118 095	40,00	4 723 792
Totaal	6 155 327	2 927 985	18 022 705

* Hierbij dient nog rekening gehouden te worden met het aantal uren kraamzorg.

Recente informatie over de werkelijke zorgopname is op dit ogenblik niet publiekelijk te vinden. Wel kunnen wij op basis van een recente studie bij eerder zwaar hulpbehoevenden, met name de gerechtigden op de thuiszorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering, uitrekenen welk volume aan uren per inwoner nodig is voor alleen al deze groep.

Wij baseren ons hiervoor op de recente bevraging van 527 gerechtigden op de mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering in het kader van de discussie

over de maximumfactuur in de zorg (Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009).⁵ Op basis van de tijd die de respondenten opgeven aan gekregen gezinszorg wordt reeds een groot deel van het urencontingent van gezinszorg opgeslorpt. Dit kan enerzijds verklaard worden door overrapportering, of doordat andere zorgtijd (poetshulp bijvoorbeeld) wordt gerapporteerd als gezinszorg. Vooral bij de hoogbejaarden (85+) is het zorggebruik voor deze doelgroep al hoger dan in de nieuwe programmatienorm wordt voorzien. De uren die nodig zijn voor deze doelgroep, omgerekend naar uren voor de totale leeftijdsgroep is 49,2 uren (laatste kolom in tabel 3.3). De programmatiecijfers zouden daarvoor kunnen aangepast worden aangezien reeds voor de populatie gerechtigden mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering deze uren nodig zijn (afgezien van het feit dat het misschien ook een aantal uren poetshulp bevat).

⁵ Voor een volledige beschrijving van de steekproef en haar representativiteit verwijzen wij naar dit rapport. De steekproef is uiteraard niet representatief voor de totale bevolking of de bevolking ouder dan 65 jaar. Wel is zij representatief voor de meest hulpbehoevenden personen die thuis verblijven en verzorgd worden en gerechtigd zijn op de premie voor thuiszorg in de Vlaamse Zorgverzekering. Een voordeel van deze enquête is dat gedetailleerd gevraagd werd naar het gebruik van de thuiszorgdiensten. Dit levert zowel een beeld op van de frequentie van gebruik van deze diensten als de intensiteit. Informatie die minder beschikbaar is in andere bevolkingsenquêtes of enquêtes bij ouderen (Gezondheidsenquête, SHARE-enquête die gebruikt wordt in hoofdstuk 1).

Tabel 3.3 Omvang gezinszorg voor de populatie gerechtigden mantelzorgpremie, op basis van enquête maximumfactuur in de zorg

Werkelijk gemiddeld aantal uren gezinszorg							
Leeftijdsgroep	Populatie steekproef ZVZ	Aantal gebruikers in steekproef	Werkelijk gemiddeld aantal uren maande- lijkse basis	Werkelijk gemiddeld aantal uren op jaar- lijkse basis	Gebruikers x gem. aantal uren jaarbasis	Gemiddeld aantal uren bij zwaar hulpbehoevenden	Uren/ bevolking
0-59	90	23	47,48	569,74	13 104	145,6	0,7
60-74	141	72	23,00	276,04	19 875	141,0	4,0
75-84	197	51	31,14	373,73	19 060	96,8	9,0
85+	99	28	59,46	713,56	19 980	201,8	49,2
Totaal steekproef	527	174			72 019	136,7	2,4
Totaal populatie	106 355 ¹				14 534 259 ²		

1 Cijfer op het moment van de steekproeftrekking. In 2008 was dit aantal gerechtigden op de mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering reeds gestegen tot 117 000.

2 Berekend op basis van de totale groep gerechtigden, rekening houdend met de leeftijdsstructuur en het gebruik per leeftijdscategorie.

2. Logistieke hulp

Er zijn geen aparte programmatiecijfers voorzien voor aparte 'diensten voor logistieke hulp'. Wel zijn er programmatiecijfers voorzien voor de schoonmaakhulp die zowel verstrekt wordt door de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg als door de diensten logistieke hulp onder de hoofding 'programmatie aanvullende thuiszorg'. De uitvoeringsbesluiten voor de diensten voor logistieke hulp verwijzen hiernaar.

Het woonzorgdecreet voorziet de boven beschreven 'diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg' die enerzijds persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aanbieden, en anderzijds, al dan niet in samenwerkingsverband, 'aanvullende thuiszorg'. Deze diensten moeten ten minste persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning aanbieden. Zij kunnen, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, karweihulp en oppashulp aanbieden.

Een dienst logistieke hulp geeft aan personen met verminderd zelfzorgvermogen schoonmaakhulp. Zij kunnen al dan niet in het kader van een samenwerkingsverband ook karweihulp aanbieden.

De oude 'nieuwe benaming' logistieke hulp is weerhouden als benaming voor de aparte diensten. De hulp die zij aanbieden is schoonmaakhulp (de huidige poetshulp) en karweihulp (de huidige klusjesdiensten). Merk op dat deze werksoort vroeger reeds 'diensten voor logistieke hulp en aanvullende thuiszorg' werd genoemd, maar dat zij, indien verstrekt door een dienst die ook gezinszorg verstrekt, aangeboden wordt onder de benaming 'aanvullende thuiszorg'. Indien zij door een gespecialiseerde dienst die geen band heeft met gezinszorg wordt verstrekt, wordt het een dienst logistieke hulp genoemd.

De vroegere diensten 'logistieke hulp en aanvullende thuiszorg'⁶ omvatten:

- schoonmaakhulp;
- karweihulp;
- (professionele) oppashulp.

Merk hierbij op dat de diensten steeds meer gediversifieerd geraken, en dat niet langer van enkelvoudige dienstverlening (alleen schoonmaakhulp, alleen klusjesdienst, ...) kan worden gesproken. Het woonzorgdecreet maakt deze structuur alvast niet transparanter. In feite zijn de diensten logistieke hulp een variant op de meervoudige dienstverlener 'gezinszorg en aanvullende thuiszorg' maar is hun aanbod gezinszorg onbestaande. Maar ook andere verstrekkers kunnen een uiteenlopende mix hebben van activiteiten. Misschien ware het beter geweest als het woonzorgdecreet dit verder vereenvoudigd had tot één type voorziening.

⁶ Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2001 tot regeling van de subsidiëring van de diensten voor logistieke hulp en aanvullende thuiszorg (BS 25.IX.2001).

De 'diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg' bieden 'gezinszorg' aan en 'aanvullende thuiszorg'.

Onder 'gezinszorg' dient verstaan 'persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp en de daarmee verband houdende psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding'. Huishoudelijke hulp omvat de organisatie huishouden, bereiden van maaltijden, zorg voor kledij en linnen, zorg voor woon- en leefklimaat (o.m. bedden opmaken), doen van boodschappen en zorg voor veiligheid en hygiëne in de woning.

Onder 'aanvullende thuiszorg' dient 'schoonmaakhulp, oppashulp en karwei-hulp' verstaan te worden. In bijlage 1 van het decreet worden de 'diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg' gedefinieerd. In bijlage 2 worden de 'diensten voor logistieke hulp' beschreven, en dit zijn dan 'schoonmaakhulp en karwei-hulp'. Oppashulp is niet terug te vinden, alhoewel zij in de oude omschrijving wel was voorzien.

Voor het geprogrammeerde personeel zijn globaal subsidiebedragen voorzien. Daarenboven moeten de diensten in functie van de hulpbehoevendheid, inkomen, draagkracht van de hulpbehoevende en de mantelzorg een bijdrage van de gebruiker vragen (*Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2001*). Op die manier is het onderscheid met de gezinszorg erg moeilijk te maken. De sector en de overheid dienen zich dan ook te bezinnen of men hier ofwel niet een verdere geïntegreerde programmering moet voorzien, ofwel volledig 'ontbundelde' programmering, waarbij het aandeel schoonmaakhulp bijvoorbeeld wordt afgesplitst van de gezinszorgactiviteiten.

Wij geven hierna een beeld van wat dit zou kunnen impliceren. Wij vertrekken van recente cijfers over het gebruik van poets hulp in het kader van de aanvullende thuiszorg, met name bij de groep zwaar hulpbehoevenden die de tegemoetkoming thuiszorg in de Vlaamse Zorgverzekering krijgen. Wij vullen dit aan met informatie over de omvang van gelijkaardige schoonmaakhulp die buiten het reguliere aanbod van poetsdiensten kan verkregen worden. Alhoewel deze enquête betrekking heeft op slechts een deel van de thuiszorgpopulatie is het gebruik van de informatie verantwoord omdat zij de meest kwetsbare groep beschrijft, die voor de programmering als een minimum kan gehanteerd worden. De andere reden is dat wij hier een unieke recente bron hebben van informatie over het gebruik van dit soort diensten, met inbegrip van private commerciële diensten en diensten betaald via dienstencheques. Vooreerst geven wij een overzicht van het groeiend frequent voorkomen van deze diverse aanbieders van schoonmaakhulp in een setting van zwaar hulpbehoevende personen die thuis verblijven.

2.1 Groeiend belang diverse vormen van schoonmaakhulp

Op basis van de meest recente bevraging van patiënten in de thuiszorg in Vlaanderen (project maximumfactuur) hebben wij een beeld gekregen van de klassieke gebruik van logistieke hulp in het kader van de aanvullende thuiszorg.⁷

Tevens blijkt dat gelijksoortige huishoudelijk hulp nog in aanzienlijke mate ter beschikking wordt gesteld via twee andere soorten aanbieders: de private poetsvrouw en poetshulp betaald via dienstencheques (zie rapport maximumfactuur).

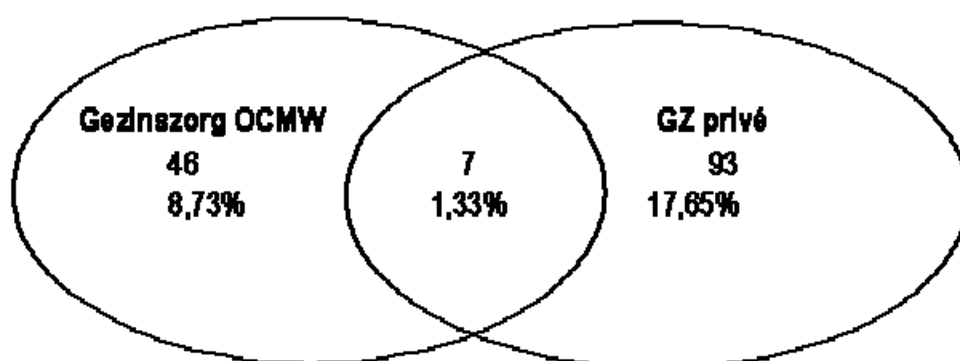
In onderstaande Venn-diagrammen geven wij in een steekproef van 527 personen die de thuiszorgpremie krijgen van de Vlaamse Zorgverzekering de frequentie van het voorkomen van een aantal thuiszorgdiensten, in aantal en als percentage van het totaal van de steekproef. In deze grafieken zijn in de overlappende gedeelten ook het overlappend gebruik of het gecombineerd gebruik weergegeven. Deze steekproef is representatief voor een populatie van een goede 117 000 gerechtigden in Vlaanderen en Brussel op deze thuiszorgpremie, en bijgevolg voor het gros van de eerder zwaar hulpbehoevenden die thuis verblijven.

Wij brengen volgende diensten in beeld: (a) de gezinszorg, met daarin het onderscheid tussen de gezinszorg verstrekt door een OCMW-dienst en deze verstrekt door een private dienst, vzw; (b) een enge definitie van poetshulp of logistieke hulp verstrekt door reguliere diensten; (c) een ruime definitie van poetshulp die naast de reguliere diensten ook de commerciële schoonmaakhulp verstrekt door zelfstandigen of privé personen omvat alsmede de schoonmaakhulp die betaald wordt met dienstencheques; en ten slotte (d) overige thuiszorgdiensten, waaronder wij vrijwillige en professionele oppas hadden begrepen, warme maaltijden, klusjesdienst, maatschappelijk werk en de psycholoog. Wij bespreken achtereenvolgens de vier Venn-diagrammen.

In een eerste diagram geven wij het voorkomen van het gebruik van gezinszorg. Het onderscheid wordt gemaakt tussen private diensten en publieke diensten. Bij 46 personen of 8,7% van de totale steekproef komt een OCMW dienst gezinszorg langs, bij 93 personen of 17,7% een private dienst en bij nog eens 7 personen of 1,33% beide diensten.⁸ In totaal zijn bijna 28% van de steekproef gebruiker bij een dienst gezinszorg.

⁷ In de bevraging in het kader van het onderzoek voor de Vlaamse Zorgverzekering werd dit omschreven als 'poetshulp in het kader van de aanvullende thuishulp', term die wij hierna in de schema's ook hanteren, maar die niet de officiële benaming van de werksoort is.

⁸ Alhoewel beperkt is deze overlap van een private en een publieke dienst gezinszorg misschien verbazingwekkend, maar het kan deels te maken hebben met het feit dat de respondent soms opgeeft dat hij gebruik maakt van een dienst gezinszorg, terwijl het misschien een andere dienst als poetshulp betreft.



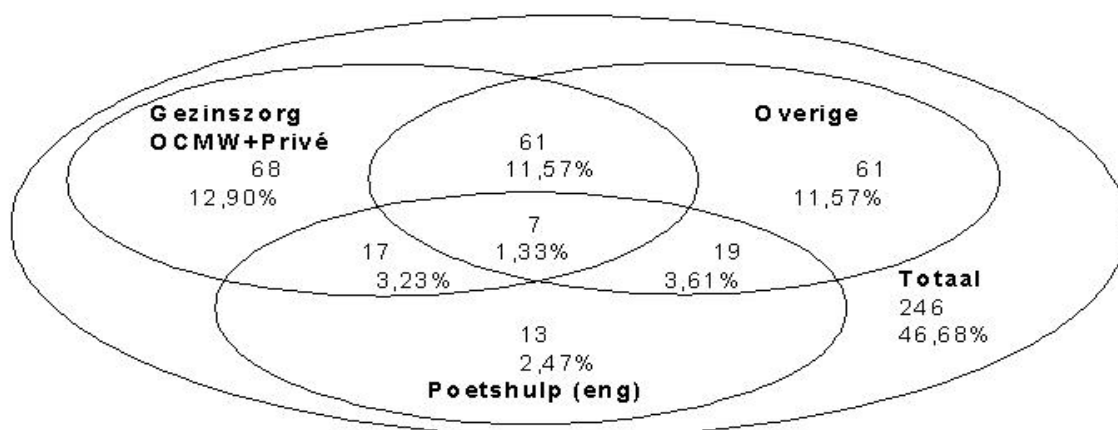
Bron: Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009 op basis enquête maximumfactuur

Figuur 3.1 Gezinszorg

In een tweede Venn-diagram nemen wij de gezinszorg van OCMW's en private diensten samen, en bekijken verder het gebruik van enerzijds poetshulp enge definitie (poetshulp verstrekt door reguliere diensten, te weten diensten logistieke hulp in het kader van de aanvullende thuishulp) en een aantal overige thuiszorg-diensten, als klusjesdienst, oppas, warme maaltijden enzovoort. In totaal gebruiken 246 personen of 46,7% van de steekproef één van deze diensten of zelfs meerdere tegelijkertijd. Wij merken ook dat er meer overlap voorkomt, omdat de diensten complementair zijn. Wie gezinszorg krijgt heeft in niet weinig gevallen ook één van de overige diensten nodig. Overlap met poetshulp komt minder voor bij gezinszorg, maar omgekeerd is een groot deel van de gebruikers poetshulp ook gebruiker van een andere thuiszorgdienst.⁹

In een derde Venn-diagram (figuur 3.3) verruimen wij de enge definitie van poetshulp verstrekt door de reguliere diensten (in het kader van aanvullende thuiszorg) met twee andere vormen van schoonmaakhulp, met name deze verstrekt door zelfstandige en privépoetsvrouwen, en poetshulp betaald via dienstencheques. De laatste dienst bestond een goede vijf jaar terug amper of niet. Ze overtreft nu zelfs de twee andere vormen. De overlap in het gebruik van deze drie soorten poetsdienst of huishoudelijke hulp is ook beperkt. Wij zien dat zij bijna niet samen voorkomen: men gebruikt ofwel de ene ofwel de andere dienst. Een deel zal hier uitbreiding zijn van het gebruik aan huishoudelijke hulp (schoonmaakhulp), een ander deel is mogelijk substitutie van vroegere vormen van hulp (gaande van zwartwerk tot gebruik van reguliere diensten die goedkoper kunnen worden voor de gebruiker als zij met dienstencheques worden betaald).

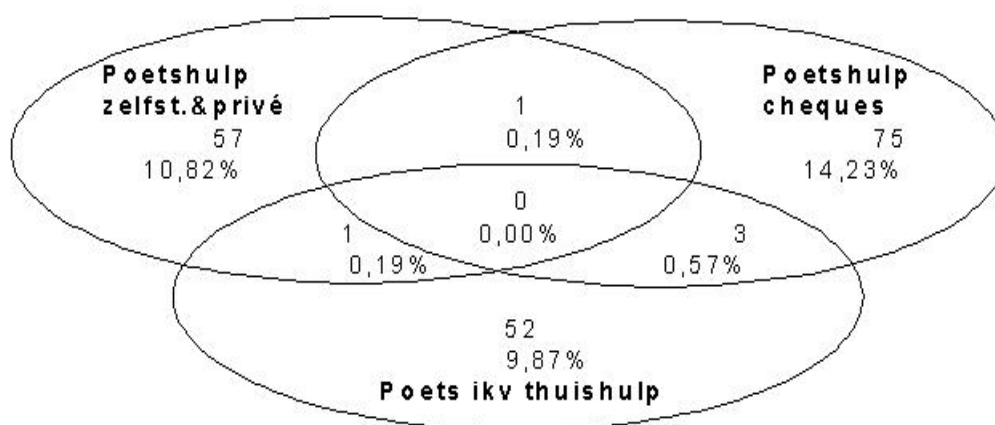
⁹ Dit beeld zou overigens ook dienen vervolledigd te worden met het gebruik van thuisverpleging.



* 'Overige' staat voor een ganse reeks van professionele verstrekkers als vrijwillige en professionele oppas, warme maaltijden, klusjesdienst, maatschappelijk werk en de psycholoog.

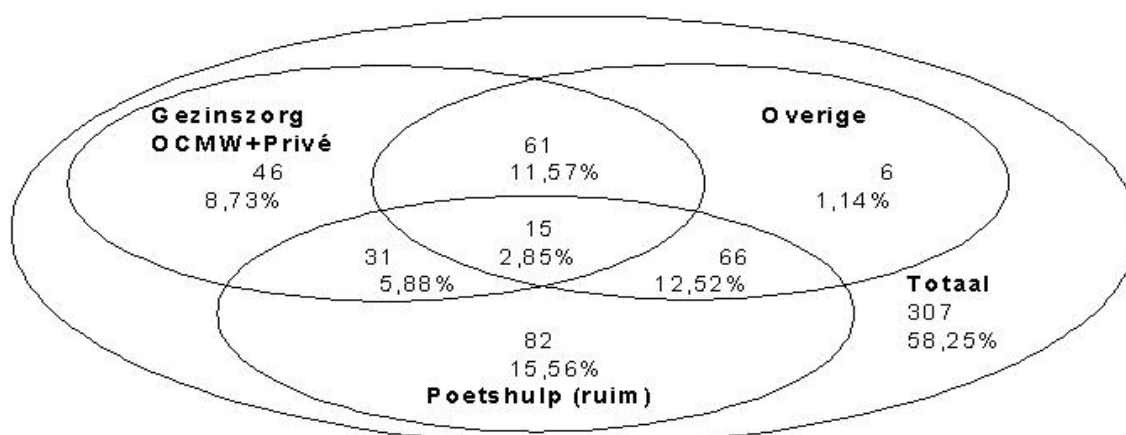
Bron: Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009 op basis enquête maximumfactuur

Figuur 3.2 Gezinszorg (ruim), poetshulp (eng) en overige niet-medische hulpverlening



Bron: Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009 op basis enquête maximumfactuur

Figuur 3.3 Voorkomen van drie soorten poetshulp of huishoudelijke hulp in de steekproef van de genietters van de mantelzorgpremie



Bron: Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009 op basis enquête maximumfactuur

Figuur 3.4 Gezinszorg (ruim), poetshulp (ruim) en overige niet-medische hulpverlening

In figuur 3.4 ten slotte vergelijken wij het voorkomen van de dienst gezinszorg en een aantal overige thuiszorgdiensten met de in figuur 3.3 beschreven ruime definitie van poetshulp of schoonmaakhulp. In totaal gebruiken 58% van de zwaar hulpbehoevende personen in Vlaanderen die een thuiszorgpremie ontvangen van de Vlaamse Zorgverzekering, één of meer van deze drie soorten diensten. Wanneer wij in de vorige schema's reeds konden zien, en hier opnieuw, dat gezinszorg bij 29% van de personen langs komt, is schoonmaakhulp (ruime definitie) aanwezig bij 37% van de personen in de steekproef. De enge definitie van reguliere diensten van schoonmaakhulp sloeg op 11%. Buiten deze reguliere diensten is er met andere woorden nog meer dan een tweevoudig aantal gebruikers van overige schoonmaakhulp. In volume uren, schatten wij verder in, is dit zelfs bijna het drievoud (zie tabel 3.7).

2.2 Groeiend belang diverse vormen van schoonmaakhulp in aantal uren

In tabel 3.4 wordt het aantal respondenten gegeven naar leeftijdsgroep in de steekproef en daarvan het werkelijk aantal gebruikers van de diverse vormen schoonmaakhulp, het werkelijke aantal uren dat deze gebruikers per maand krijgen, de omrekening naar jaarbasis, het totale volume aan uren dat deze gebruikersgroep nodig heeft en dan dit aantal uren gedeeld door het totaal aantal in de steekproef (gebruikers en niet-gebruikers). De laatste kolom is nodig om de verschillende werksoorten met elkaar te vergelijken, want de cijfers hebben anders betrekking op een verschillend aantal gebruikers.

Tabel 3.4 Omvang overige thuiszorg voor de populatie gerechtigden mantelzorgpremie, op basis van enquête maximumfactuur in de zorg (527 respondenten)

Leeftijdsgroep	Populatie steekproef ZVZ	Gebruikers	Werkelijk gemid- deld aantal uren per maand	Werkelijk gemid- deld aantal uren per jaar	Gebruikers x gem. aantal uren jaarbasis	Gemiddeld aantal uren op leeftijdsgroep zwaar hulpbehoevenden
Werkelijk gemiddeld aantal uren poetshulp i.k.v. aanvullende thuishulp (logistieke hulp en aanvullende thuiszorg)						
0-59	90	6	14,67	176,00	1 056	11,7
60-74	141	10	19,33	232,00	2 320	16,5
75-84	197	22	15,08	180,91	3 980	20,2
85+	99	14	15,00	180,00	2 520	25,5
Totaal	527	52			9 876	18,7
Werkelijk gemiddeld aantal uren commerciële poetshulp						
0-59	90	10	29,60	355,20	3 552	39,5
60-74	141	8	15,00	180,00	1 440	10,2
75-84	197	18	17,48	209,78	3 776	19,2
85+	99	16	15,15	181,75	2 908	29,4
Totaal	527	52			11 676	22,2
Werkelijk gemiddeld aantal uren poets m.b.t. dienstencheques						
0-59	90	15	17,87	214,40	3 216	35,7
60-74	141	20	15,94	191,25	3 825	27,1
75-84	197	31	18,08	216,90	6 724	34,1
85+	99	10	22,00	264,00	2 640	26,7
Totaal	527	76			16 405	31,1
Werkelijk gemiddeld aantal uren poetshulp ruime definitie (totaal drie vorige categorieën)						
0-59	90					86,9
60-74	141					53,8
75-84	197					73,5
85+	99					81,5
Totaal	527					72,0

2.3 Relatief belang van het voorkomen van schoonmaakhulp in vergelijking met gezinszorg

In vergelijking met de ongeveer 275 tot 700 uren gezinszorg (zie tabel 3.3) zijn er bij zwaar hulpbehoevende personen die enkel schoonmaakhulp in het kader van de aanvullende thuishulp krijgen (zie tabel 3.4) nu 176 tot 232 uren per jaar beschikbaar of iets meer dan 4 uren per week. Daarnaast merken wij een even grote groep gebruikers op van commerciële schoonmaakhulp die zelfs meer uren per jaar uitmaakt (van 180 tot 355 uren per jaar). Tenslotte is er zelfs een nog grotere (en nog steeds groeiende) groep van gebruikers van schoonmaakhulp en huishoudelijke hulp via dienstencheques. Deze kopen jaarlijks 191 tot 260 uren zorg in. Wij merken een zeker 'kleven' van het aantal uren hulp rond 4 à 5 uren per week, maar een steeds verder uitdeinen van het aantal gebruikers van deze hulp.

In onze studie omtrent een betere tenlasteneming van de niet-medische kosten in de thuiszorg (Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2009) merken wij trouwens op dat de dienstencheques beter ingeburgerd zijn bij de minder zorgbehoevende en jongere populatie die nog niet gerechtigd is op de mantelzorgpremie van de Vlaamse Zorgverzekering, maar wel al gerechtigd is op het zorgforfait chronisch zieken van het RIZIV. Het zou kunnen betekenen dat naarmate zij ouder worden, zij zullen blijven de dienstenchequehulp gebruiken zodat verhoudingsgewijs minder reguliere poetshulp nodig is, of zou kunnen ingezet worden ter vervanging van een vraag naar gezinszorg.

Een vraag die hier niet kan beantwoord worden is in welke mate het gebruik van dienstencheques of zelfs zogenaamd commerciële poetshulp in de toekomst de plaats zal innemen van de reguliere poetshulp in het kader van de aanvullende thuiszorg, of zelfs bepaalde activiteiten van de gezinszorg. Dit hangt af van het beleid dat men federaal zal voeren rond de dienstencheque.

In tabel 3.5 rekenen wij de gevonden gebruikscijfers in de steekproef om naar een totale populatie van 106 355 gerechtigden op de mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering. Het is het totale volume van uren aan zorg opgenomen door deze groep. Wij kunnen dit verder omrekenen in uren gedeeld door de totale bevolking, om gebruikscijfers naar leeftijd te vinden vergelijkbaar met de gebruikscijfers gehanteerd in de programmatie voor gezinszorg. Hier betreft het alleen al de uren die nodig zijn voor de zwaar hulpbehoevenden. De tabel illustreert het relatieve belang van de diverse diensten poetshulp/schoonmaakhulp tegenover de reguliere gezinszorg. Ondanks het feit dat het door meer mensen wordt gebruikt, is het totaal volume uren poetshulp en schoonmaakhulp voor deze doelgroep maar de helft van het aantal uren gezinszorg. Men mag niet uit het oog verliezen dat deze poetshulp en schoonmaakhulp ook een belangrijk deel van de mantelzorg uitmaakt, die vermoedelijk aanwezig is als er geen professionele hulp is. En in de gezinszorg zit er ook een aanzienlijk deel huishoudhulp en zelfs schoonmaakhulp.

Tabel 3.5 Relatief belang van diverse vormen van gezinszorg en huishoudelijke hulp: extrapolatie van de gebruikscijfers bij zwaar zorgbehoevenden in de thuiszorg op basis van de enquête maximumfactuur (527 respondenten) naar de totale bevolking

		Populatie	Gezinszorg		Poetshulp i.k.v. aanvullende thuisz.		Commerciële		Dienstencheque		Poetshulp ruim	
	Bevolking	ZVZ thuis	Uren ZVZ populatie	u/ bevol- king	Uren ZVZ populatie	u/ bevol- king	Uren ZVZ populatie	u/ bevol- king	Uren ZVZ populatie	u/ bevol- king	Uren ZVZ populatie	u/ bevol- king
0-64	5 046 110	23 185	3 375 736	0,7	272 037	0,1	915 035	0,2	828 477	0,2	2 015 549	0,4
65-74	583 216	16 513	2 327 648	4,0	271 703	0,5	168 643	0,3	447 959	0,8	888 306	1,5
75-84	407 906	37 857	3 662 713	9,0	764 827	1,9	725 625	1,8	1 292 134	3,2	2 782 586	6,8
85+	118 095	28 800	5 812 247	49,2	733 091	6,2	845 964	7,2	768 000	6,5	2 347 055	19,9
Totaal	6 155 327	106 355	14 534 259	2,4	1 993 097	0,3	2 356 359	0,4	3 310 728	0,5	7 660 183	1,2

2.4 Aandeel huishoudelijk hulp in gezinszorg

Niet alleen is er een groeiend gebruik van alternatieve vormen van schoonmaakhulp die aantoont dat er behoefte aan is ... op voorwaarde dat het betaalbaar is (succes relatief goedkope dienstencheque), maar ook binnen de reguliere gezinszorg schuilt er een groot pakket van huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp.

In onze vroegere studie 'Tijd voor zorg' bleek op een weliswaar beperkte steekproef dat ongeveer 60% van de arbeidstijd van verzorgenden naar huishoudelijke taken ging terwijl 14% eerder directe persoonsverzorging omvatte, terwijl de rest van de tijd ging naar organisatie van het huishouden, psychosociale begeleiding en voor een goede 8% werd ook de belangrijke categorie 'communicatie met de patiënten en familie' vernoemd. Bij de huishoudelijke taken was 15% maaltijd(voor)bereiding (Mendonck & Meulemans, 2000, p. 79).

De studie van Ver Heyen en Vandenbrande (2005, p. 65) vindt op basis van een ruime bevraging dat 96% van de verzorgende een kwart of meer van hun tijd besteden aan schoonmaakhulp, terwijl dit voor 65% zelfs meer dan de helft is. Voor 82% maken overige huishoudelijke taken nog eens minstens een kwart van hun tijd uit. Ook de studie van de Vlaamse Federatie van Verzorgenden concludeert dat 81% van de verzorgenden in de thuiszorg meer dan 2 uur per dag besteden aan huishoudelijke taken en schoonmaak (geciteerd in Ver Heyen & Vandenbrande, 2005, p. 67). Omrekening van deze percentages levert een minimum-volume van uren huishoudelijke hulp op van 60% wat merkwaardig dicht komt bij de cijfers bekomen in 2000.

Tabel 3.6 Indicaties van de taakdiversificatie in de residentiële ouderenzorg en thuiszorg, in percentage van de totale tijd voor zorg en huishoudelijke hulp

Tijd voor zorg: taken verzorgenden thuis ¹	% volume uren		
Maaltijdvoorbereiding			15
Schoonmaak			20
Huishoudelijk werk			20
Boodschappen			5
Totaal huishoudelijk werk			60
Personenzorg			14
Inschatting huishoudelijke taken in gezinszorg ²	% verzorgers	% tijd	% volume uren
Schoonmaakhulp	31	25	7,75
Schoonmaakhulp	65	50	32,5
Overige huishoudelijke taken	82	25	20,5
Totaal huishoudelijk werk			60,75

1 Mendonck & Meulemans.

2 Ver Heyen & Vandenbrande.

2.5 Besluit

In welke mate kan deze huishoudelijke tijd afgetrokken worden van de programmatie uren gezinszorg en toegevoegd worden aan de poetshulp?

En in welke mate kan de reguliere poetshulp rekening houden met het aanbod van commerciële poetshulp en poetshulp betaald via dienstencheques?

En in welke mate zullen verzorgenden (zorgkundigen) in de toekomst meer taken overnemen van de thuisverpleegkundige?¹⁰

Hierop is geen eenvoudig antwoord te geven. Het is afhankelijk van het beleid van de diensten zelf, van het beleid van de Vlaamse overheid ter zake en van het federale beleid (plaats van de zorgkundigen in de thuisverpleging, behoud van de dienstenchequefinanciering). De impact kan aanzienlijk zijn. In onderstaande tabel vergelijken wij de thans geprogrammeerde uren gezinszorg en schoonmaakhulp (poetsdienst) met een raming van het aandeel van schoonmaakhulp en overig huishoudelijk werk in de gezinszorg, en de overige schoonmaakhulp die privé wordt ingehuurd of via het systeem van dienstencheques. De laatste inschatting is hier enkel gegeven voor de populatie van de gerechtigden op de mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering. Wanneer uit het eerste deel van de tabel kan geconcludeerd worden dat de poetshulp (goed voor 3,8 miljoen uren) ook nog eens voor een even groot volume zou kunnen aanwezig zijn in de gezinszorg, blijkt uit het onderste deel van de tabel dat voor de gerechtigden mantelzorgpremie naast de poetshulp (ongeveer 2 miljoen uren) er nog het drievoudige volume aan hulp wordt aangeboden buiten het reguliere aanbod (raming volume uren commerciële schoonmaakhulp en deze betaald via dienstencheques).

¹⁰ Merk ook op dat ook de thuisverpleegkundige het tot hun kernopdracht beschouwen om de patiënt in zijn totaliteit te beschouwen zodat ook door hen voldoende tijd wordt gevraagd om te communiceren met patiënt en familie (cf. studie KCE van K.U.Leuven en ULB over de financiering van de thuisverpleegkunde, in voorbereiding; Sermeus, Paquay, Pirson, Falez, Pacolet, Stordeur & Leys, Organisatie en financiering van de thuisverpleging in België). Dit behoort ook tot de kerntaak van de gezinszorg.

Tabel 3.7 Relatief belang van de verschillende soorten thuiszorg die huishoudelijke hulp, schoonmaakhulp en oppasdiensten leveren

	Programmatiecijfers Uren 2008	Programmatiecijfers voorzien in decreet Uren 2009
Gezinszorg	18 022 705	
Geschat aandeel schoonmaakhulp (20% van totaal gezinszorg)	3 604 541	
Geschat aandeel huishoudelijke hulp met inbegrip schoonmaakhulp (60% van totaal gezinszorg)	10 813 623	
Poetshulp totaal		3 866 129
Uren vrijwillige oppashulp		807 274
Ter vergelijking zorgtijd voor de zwaar hulpbehoevende personen thuis die mantelzorgpremie krijgen		
Gezinszorg		14 534 259
Poetshulp		1 993 097
Raming commerciële huishoud- en schoonmaak- hulp (min.)		2 356 359
Raming dienstencheque huishoud- en schoon- maakhulp (min.)		3 310 728
Totaal verschillende vormen poetshulp en schoonmaakhulp		7 660 183

Bron: Eigen berekening op basis van programmatiecijfers, enquête maximumfactuur (zie tabel 3.5 en 3.6)

3. Vrijwillige en professionele oppashulp

Zoals boven reeds gesignaleerd kunnen diensten voor gezinszorg, al dan niet professionele oppashulp aanbieden. Daarnaast fungeren ook zelfstandige diensten voor vrijwillige oppashulp. Het zijn de laatste die expliciet geprogrammeerd worden in het woonzorgdecreet onder de hoofding vrijwillige oppashulp.

De ‘dienst voor oppashulp’ definieert het woonzorgdecreet als ‘een voorziening die als opdracht heeft, de vraag naar en het aanbod van oppashulp te coördineren in samenwerking met vrijwilligers’ (Art. 10 Woonzorgdecreet).

In de Bijlage 3 van het thuiszorgdecreet voorziet de programmatie dat er één dienst per 100 000 inwoners wordt voorzien. Hiervoor is een basisfinanciering voorzien. Daarnaast voorziet het decreet het totaal aantal subsidiabele uren vrijwilligerswerk. Het is over dit aantal uren geleverde of gevraagde vrijwilligerswerk dat wij hierna informatie samenbrengen. Op basis van deze gegevens zijn echter geen nieuwe hypothesen te formuleren over een aanpassing van de programmatie. Een verdere bevraging van de (potentiële) gebruikers van deze vrijwilligershulp is hiertoe noodzakelijk.

Wij kijken vooreerst naar recent beschikbare informatie over het gebruik van oppashulp.

3.1 Gebruik vrijwillige en professionele oppas op basis van de enquête bij gerechtigden op de thuiszorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering

Op basis van de enquête maximumfactuur hebben wij opnieuw een zicht op het gebruik van een oppasdienst bij de gerechtigden op de thuiszorgpremie. Informatie is beschikbaar over gebruik naar leeftijd en de vergoeding.

In tabel 3.8 zien wij dat in een steekproef van 527 gerechtigden voor de mantelzorgpremie, dus redelijk zwaar hulpbehoevende personen, een 11-tal personen melden dat zij overdag oppashulp krijgen van vrijwilligers, een 6-tal 's nachts en een 14-tal professionele oppashulp overdag of 's nachts. Combinatie van oppas dag en nacht komt bijna niet voor. Deze respondenten gaven overigens ook niet altijd door hoeveel oppashulp zij wel krijgen, zodanig dat de inschatting die wij verder kunnen maken van het gebruik gebrekkig is. Wij weten ook niet of deze oppas permanent is, of voor een bepaalde periode. Wij nemen hier eenvoudigheidshalve (om uurvolumes per jaar te berekenen) aan dat de gebruikers dit het ganse jaar nodig hebben, wat evenwel weinig waarschijnlijk is gezien de intensiteit (en de kostprijs) van deze zorg. Het geringe voorkomen van deze zorgvorm reflecteert misschien zelfs deze extra belasting en kostprijs die deze zorgvorm impliceert. Veralgemeenen van conclusies op basis van een beperkt aantal observaties in deze steekproef moet voorzichtig gebeuren. Een nader onderzoek van deze dienst op basis van een meer selectieve steekproef is dan ook wenselijk. Maar wij moeten hier opmerken dat het volume uren op deze beperkte basis toch in lijn ligt met het volume uren dat op basis van administratieve gegevens (zie tabel 3.10) gekend is, wat de relevantie van zelfs een beperkte steekproef illustreert.

Tabel 3.8 Gebruik oppasdiensten op basis van gerechtigden mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering

Leeftijds- groep	Aantal respondenten gebruik gekend	Aantal respondenten tijd gekend	Gemiddeld uren per maand	Uren per jaar per gebruiker waarvan de tijd gekend is	Uren voor de populatie*	Aantal gebruikers als percentage leeftijdsgroep	Totaal aantal gebruikers in de populatie	Aantal gebruikers t.o.v. totale bevolking per 10 000	Aantal uren per jaar per zwaar hulpbehoe- vende
<i>Georganiseerde oppas door vrijwilligers overdag</i>									
0-59	2	2	11,5	138	71 101	2,2	515	1,0	3,1
60-74	1	1	4,0	48	7 893	0,7	117	2,0	0,3
75-84	4	2	23,0	276	106 076	1,0	384	9,4	2,8
85+	4	2	22,8	273	158 836	2,0	582	49,3	5,5
Totaal	11	7			341 635	1,3	1 413	2,3	3,2
<i>Georganiseerde oppas vrijwilligers 's nachts</i>									
0-59	3	3	66,7	800	618 267	3,3	773	1,5	26,7
60-74		0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
75-84	2	2	136,0	1 632	627 235	1,0	384	9,4	16,6
85+	1	0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
Totaal	6	5			1 245 501	0,9	1 009	1,6	11,7
<i>Georganiseerde oppas professionals dag</i>									
0-59	2	1	160,0	1 920	494 613	1,1	258	0,5	21,3
60-74	4	3	172,8	2 073,6	728 540	2,1	351	6,0	44,1
75-84	2	2	200,0	2 400	922 404	1,0	384	9,4	24,4
85+	3	1	32,0	384	111 709	1,0	291	24,6	3,9
Totaal	11	7			2 257 266	1,3	1 413	2,3	21,2
<i>Georganiseerde oppas professionals 's nachts</i>									
0-59		0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
60-74	1	0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
75-84		0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
85+	2	0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
Totaal	3	0			0	0,0	0	0,0	0,0

Tabel 3.8 Gebruik oppasdiensten op basis van gerechtigden mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering. Vervolg

Leeftijdsgroep	Aantal respondenten gebruik gekend	Aantal respondenten tijd gekend	Gemiddeld uren per maand	Uren per jaar per gebruiker waarvan de tijd gekend is	Uren voor de populatie*	Aantal gebruikers als percentage leeftijdsgroep	Totaal aantal gebruikers in de populatie	Aantal gebruikers t.o.v. totale bevolking per 10 000	Aantal uren per jaar per zwaar hulpbehoevende
<i>Georganiseerde oppas vrijwilligers, dag en/of nacht</i>									
0-59		5	44,6	535,2	689 367	5,6	1 288	2,6	29,7
60-74		1	4,0	48	5 621	0,7	117	2,0	0,3
75-84		4	79,5	954	733 311	2,0	769	18,8	19,4
85+		2	22,8	273	158 836	2,0	582	49,3	5,5
Totaal		12			1 587 136	2,3	2 422	3,9	14,9
<i>Georganiseerde oppas professionals, dag en/of nacht</i>									
0-59		1	160,0	1 920	494 613	1,1	258	0,5	21,3
60-74		3	172,8	2 073	728 540	2,1	351	6,0	44,1
75-84		2	200,0	2 400	922 404	1,0	384	9,4	24,4
85+		1	32,0	384	111 709	1,0	291	24,6	3,9
Totaal		7			2 257 266	1,3	1 413	2,3	21,2
<i>Georganiseerde oppas, vrijwilligers en professionals, dag en/of nacht</i>									
0-59		6	63,8	766	1 183 981	6,7	1 546	3,1	51,1
60-74		4	130,6	1 567,2	734 161	2,8	468	8,0	44,5
75-84		5	143,6	1 723,2	1 655 715	2,5	961	23,6	43,7
85+		3	25,8	310	270 595	3,0	873	73,9	9,4
Totaal		18			3 844 402	3,4	3 633	5,9	36,1

* Aantal uren die bekend zijn per leeftijdsgroep gedeeld door aantal in de steekproef x totaal populatie.

Wij geven in bovenstaande tabel het aantal personen dat zegt oppas te gebruiken, het aantal waarvan wij weten hoe vaak en voor hoeveel tijd, het aantal uren per maand en per jaar en dan het aantal uren voor een totale populatie van de huidige genietters van de mantelzorgpremie in de thuiszorg. De cijfers als % van de leeftijdsgroep geven weer hoeveel van deze populatie werkelijk gebruiker is. Zo is 1,3% van de zwaar hulpbehoevende populatie gebruiker van vrijwillige oppas in de dag; iets minder dan 1% is daar 's nachts op aangewezen en nog eens ongeveer 1,3% doet beroep op professionele hulp overdag. In totaal zouden toch iets meer dan 3% van deze populatie een beroep moeten doen op deze hulp. Op 10 000 inwoners is dat voor de drie categorieën samen (zie laatste cijfer in onderstaande tabel) een 6-tal gebruikers of 0,6 promille. Het gaat voor de totale Vlaamse bevolking over 3 600 mogelijke gebruikers. Wij extrapoleren op basis van deze cijfers voor deze doelgroep van zwaar hulpbehoevende personen ongeveer 1,6 miljoen uren vrijwillige oppashulp, voor het merendeel 's nachts. Dit is echter een overschatting aangezien wij hier de geregistreerde tijd geobserveerd over één maand extrapoleren over twaalf maanden, wat vermoedelijk moeilijk te organiseren zal zijn en vermoedelijk onbetaalbaar. De professionele hulp die wij konden ramen op basis van deze steekproef is zelfs nog groter, met name 2,3 miljoen. Dit is te verklaren doordat in onze steekproef een aantal personen een quasi voltijdse professionele oppashulp ter beschikking hadden (tot 200 uren per maand).¹¹ Het totaal aantal uren kan geraamd worden op 3,8 miljoen uren.

In tabel 3.8 geven wij naast het totaal aantal uren voor deze populatie van zwaar zorgbehoevenden in de laatste kolom ook het aantal uren per zwaar hulpbehoevende (gebruikers en niet gebruikers samen), en dit naar leeftijdsgroep. Voor de totale groep is er 3,2 uur vrijwilligershulp overdag nodig per jaar, 11,7 uren 's nachts, 14,9 uren totaal vrijwillige oppas en 21,2 uren professionele oppas overdag. Cijfers over oppas 's nachts waren niet gerapporteerd. Vrijwillige en professionele oppas samen voor deze populatie zwaar zorgbehoevenden in de thuiszorg is goed voor 36,1 uur, een gemiddelde werkweek.

In tabel 3.9 rekenen wij deze uren effectieve oppas die deze groep zwaarhulpbehoevenden (106 355 personen) om naar de totale bevolking (6,2 miljoen personen). Wij delen daarvoor het totaal aantal uren door de totale bevolking per leeftijdsgroep. De vrijwillige oppas overdag is per hoofd van de bevolking 0,1 uur en voor de 85-plusser is dat 2,7 uren per jaar. De oppas 's nachts is voor de totale bevolking 0,2 uren. De professionele oppas overdag is 0,4 uren: het viervoudige van de vrijwillige oppas. Het totaal aantal uren per lid van de bevolking is 0,6 uren. Deze uren zouden kunnen gehanteerd worden voor de verdere programmatie.

¹¹ Overigens is dit cijfer niet zo extreem: de regels in verband met de dienstencheques laten toe dat tot voor kort per gebruiker tot 750 dienstencheques per kalenderjaar konden aangeschaft worden (1 500 voor een koppel) (vanaf 2010 wordt dit 500 cheques per gebruiker), terwijl een mindervalide of indien men een gehandicapte kind ten laste heeft 2 000 dienstencheques per kalenderjaar kunnen worden aangeschaft. Zie Pacolet, De Wispelaere & Cabus, 2010.

Dit aantal is zoals hiervoor geschetst, overschat doordat uit onze enquête werd aangenomen dat diegenen die in de voorbije maand oppashulp kregen, dit over een gans jaar krijgen, wat niet het geval hoeft te zijn. Het is echter voor programmatiedoelstellingen een minimum omdat wij hier enkel uren oppasdienst bespreken bij een deel van de, weliswaar zwaar hulpbehoevende, bevolking.

In tabel 3.10 hanteren wij voor het berekenen van het aantal uren nog een alternatieve hypothese. Met name gaven sommige respondenten weer dat zij oppashulp genoten, maar gaven zij geen aantal uren op. In deze alternatieve berekening veronderstellen wij dat diegenen die opgeven oppashulp te krijgen, ook dezelfde aantal uren hulp krijgen als diegenen die wel uren rapporteren. Dit zal het totale aantal uren optrekken. Met name zien wij het aantal uren vrijwillige oppas verdubbelen tot 0,6 miljoen uren, terwijl er ook bij de professionele oppas overdag ongeveer een miljoen uren bijkomen. Dit zou het totaal aantal uren opdrijven tot ongeveer 5 miljoen of ongeveer 1/3 hoger dan het volume berekend in tabel 3.8 en 3.9. Een hoge inschatting van het aantal uren zou impliceren dat ook de programmatienorm met 1/3 hoger zou mogen liggen. Maar de vraag blijft ook hier of, net als voor tal van diensten gezinshulp en schoonmaakhulp en misschien ook voor de nieuwe residentiële woonvormen voor ouderen (zie verder), de programmatiecijfers kunnen staan voor deze globale realiteit van gekende en (nog) niet gekende diensten. Voor de oppashulp vergelijken wij hierna de resultaten op basis van de hier gebruikte enquête met de informatie beschikbaar bij de administratie.

Tabel 3.9 Relatief belang van vrijwillige en professionele oppas, in totaal aantal uren en aantal uren per jaar per leeftijdsgroep voor de totale bevolking

Populatie ZVZ			Vrijwillig overdag		Vrijwillig 's nachts		Professional overdag		Professional 's nachts		Totaal vrijwillig		Totaal professional		Totaal alle oppasuren	
Bevolking	ZVZ		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
0-64	5 046 110	23 185	71 101	0,01	618 267	0,12	494 613	0,10	0	0,00	689 367	0,14	494 613	0,10	1 183 981	0,23
65-74	583 216	16 513	5 621	0,01	0	0,00	728 540	1,25	0	0,00	5 621	0,01	728 540	1,25	734 161	1,26
75-84	407 906	37 857	106 076	0,26	627 235	1,54	922 404	2,26	0	0,00	733 311	1,80	922 404	2,26	1 655 715	4,06
85+	118 095	28 800	158 836	1,34	0	0,00	111 709	0,95	0	0,00	158 836	1,34	111 709	0,95	270 545	2,29
Totaal	6 155 327	106 355	341 635	0,06	1 245 501	0,20	2 257 266	0,37	0	0,00	1 587 136	0,26	2 257 266	0,37	3 844 402	0,62

1 Uren.

2 Uren per bevolking.

Tabel 3.10 Gebruik oppasdiensten op basis van gerechtigden mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering in de hypothese dat het aantal uren waar de tijd gekend is ook geldt voor alle gekende gebruikers

Leeftijdsgroep	Aantal respondenten gebruik gekend	Aantal respondenten tijd gekend	Gemiddeld uren per maand	Uren per jaar per gebruiker waarvan de tijd gekend is	Uren voor de populatie*	Aantal gebruikers als percentage leeftijdsgroep	Totaal aantal gebruikers in de populatie	Aantal gebruikers t.o.v. totale bevolking per 10 000	Aantal uren per jaar per zwaar hulpbehoevende
<i>Georganiseerde oppas door vrijwilligers overdag</i>									
0-59	2	2	11,5	138	71 101	2,2	515	1,0	3,1
60-74	1	1	4,0	48	5 621	0,7	117	2,0	0,3
75-84	4	2	23,0	276	212 153	1,0	384	9,4	5,6
85+	4	2	22,8	273	317 673	2,0	582	49,3	11,0
Totaal	11	7			606 548	1,3	1 413	2,3	5,7
<i>Georganiseerde oppas vrijwilligers 's nachts</i>									
0-59	3	3	66,7	800	618 267	3,3	773	1,5	26,7
60-74		0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
75-84	2	2	136,0	1 632	627 235	1,0	384	9,4	16,6
85+	1	0		0	0	0,0	0	0,0	0,0
Totaal	6	5			1 245 501	0,9	1 009	1,6	11,7
<i>Georganiseerde oppas professionals dag</i>									
0-59	2	1	160,0	1920	989 227	1,1	258	0,5	42,7
60-74	4	3	172,8	2 073,6	971 386	2,1	351	6,0	58,8
75-84	2	2	200,0	2 400	922 404	1,0	384	9,4	24,4
85+	3	1	32,0	384	335 127	1,0	291	24,6	11,6
Totaal	11	7			3 218 144	1,3	1 413	2,3	30,3

* Aantal uren die bekend zijn per leeftijdsgroep gedeeld door aantal in de steekproef x totaal populatie.

3.2 Programmatie vrijwillige oppasdienst

Hoe komen deze cijfers overeen met de werkelijke gebruikcijfers van de Administratie? Op basis van het 'Jaarverslag diensten voor oppashulp: werkjaar 2007 - samenvatting' (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid) kan opgemaakt worden dat er 9 000 gebruikers werden geteld die samen 903 408 uren oppas kregen, waarvan 768 000 verstrekt door vrijwilligers en 135 225 door professionele oppashulp. Het profiel naar leeftijd leert ons dat 4/5 van de gebruikers ouderen tot hoogbejaarde personen zijn. In onze steekproef is dat iets minder geconcentreerd bij de ouderen: 40% van de gebruikers is jonger dan 60 jaar. Tegenover dit officieel volume van oppashulp van bijna 1 miljoen uren, voor meer dan 3/4 vrijwilligerswerk, ontdekken wij in onze enquête bij de zwaar hulpbehoevende personen reeds een volume van 3,8 tot 5 miljoen uren, waarvan een groot deel 'professioneel' (in de betekenis van een volwaardige beloning). Deze verhoudingen zijn gebaseerd op een beperkte steekproef. Het illustreert nog maar eens dat deze officieel ongekende oppasuren dringend zouden in beeld moeten worden gebracht voor men zich over programmatie-uren kan uitspreken.

Tabel 3.11 Profiel van de oppashulp op basis van het Jaarverslag diensten voor oppashulp

	Aantal uren	In %
Totaal aantal uren gepresteerd	903 408	100,0
Maximaal subsidiabel urencontingent	598 557	66,3
Uren door vrijwilligers:	768 183	85,0
Uren door professionelen:	135 225	15,0
Totaal dagoppas	321 480	35,6
Totaal avondoppas	29 459	3,3
Totaal nachtoppas	238 422	26,4
	Aantal cliënten	In %
Aantal verschillende cliënten	9 074	
Leeftijdsstructuur		
< 20 jaar	464	5,4
van 20 tot en met 29 jaar	133	1,1
van 30 tot en met 39 jaar	182	1,6
van 40 tot en met 49 jaar	452	3,6
van 50 tot en met 59 jaar	688	7,0
van 60 tot en met 69 jaar	949	10,2
van 70 tot en met 79 jaar	2 249	24,9
van 80 tot en met 89 jaar	2 884	33,5
van 90 tot en met 99 jaar	911	11,1
100 jaar en ouder	159	1,6
Totaal	9 071	100,0
Jonger dan 60 jaar	1 919	21,2
Van 60 tot en met 79 jaar	3 198	35,3
80 jaar en ouder	3 954	43,6

Bron: Jaarverslag diensten voor oppashulp: werkjaar 2007

3.3 Vergelijking cijfers enquête maximumfactuur en jaarverslag diensten voor oppashulp

In tabel 3.12 vergelijken wij ten slotte het gebruik van voornamelijk vrijwillige oppashulp verstrekt door de diensten voor oppashulp en de informatie die beschikbaar is in de steekproef van zwaar hulpbehoevende personen. Een extrapolatie van de steekproef levert ongeveer 1/3 van het aantal cliënten die men telt op basis van de diensten oppashulp. Volgens de steekproef zouden dit 2/3 gebruikers zijn van vrijwillige oppashulp, en 1/3 (volgens de antwoorden van onze respondenten) van professionele oppashulp. Verdere analyse ook van deze gegevens (een steekproef van een goede 31 gebruikers van oppashulp) zou kunnen gehanteerd worden als een soort van pilootstudie voor het verkennen van de ontwikkelingsmogelijkheden van deze thuiszorgdienst.

Tabel 3.12 Vergelijking uren oppashulp op basis van de enquête maximumfactuur en het jaarverslag diensten voor oppashulp

	Aantal gebruikers	In %
<i>Ter vergelijking: leeftijdsprofiel op basis van jaarverslag diensten oppashulp</i>		
Jonger dan 60 jaar	1 919	21,2
Van 60 tot en met 79 jaar	3 198	35,3
80 jaar en ouder	3 954	43,6
Totaal	9 071	100,0
<i>Ter vergelijking: leeftijdsprofiel op basis enquête maximumfactuur</i>		
0-59	1 546	40,2
60-74	468	12,2
75-84	961	25,0
85+	873	22,7
Totaal	3 848	100,0

Bron: Jaarverslag diensten voor oppashulp: werkjaar 2007 – samenvatting en tabel 3.8

HOOFDSTUK 4

PROGRAMMATIE CENTRA VOOR HERSTELVERBLIJF EN VOOR KORTVERBLIJF

Georges Hedebouw, HIVA-K.U.Leuven

In het ontwerp van woonzorgdecreet worden in Art. 28. de opdrachten van de *centra voor herstelverblijf* en de *centra voor kortverblijf* omschreven.

Een centrum voor herstelverblijf is een voorziening die aan gebruikers, die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of aan een ernstige aandoening (die gepaard ging met een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten) hebben geleden, tijdelijke opvang wil bieden in daartoe bestemde lokalen, opdat ze opnieuw zelfstandig kunnen functioneren in het natuurlijke thuismilieu.

Art. 29. bepaalt welke activiteiten een erkend centrum voor herstelverblijf moet verrichten om zijn opdracht uit te voeren. In elk geval moet dat centrum ten minste de volgende activiteiten verrichten:

1. verblijf aanbieden;
2. ondersteunende activiteiten aanbieden tot versterking van de lichamelijke en geestelijke toestand van de gebruikers;
3. revalidatie aanbieden;
4. hygiënische en verpleegkundige hulp- en dienstverlening aanbieden.

In het ontwerp van woonzorgdecreet worden ook de *centra voor kortverblijf* gedefinieerd die eveneens tijdelijke opvang kunnen aanbieden. Een *centrum voor kortverblijf* wordt gedefinieerd als een voorziening waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht ofwel alleen 's nachts *huisvesting en ouderenzorg* wordt aangeboden. Deze ouderenzorg omvat ook *crisisopvang*. Een erkend centrum kan alleen worden uitgebaat in daartoe bestemde lokalen van een erkend woonzorgcentrum of van een erkend centrum voor herstelverblijf, door een initiatiefnemer die in het bezit is van een erkenning van een woonzorgcentrum of van een centrum voor herstelverblijf. Het aantal woongelegenheden kortverblijf bedraagt minstens drie per gemeente.

In Vlaanderen werden in het thuiszorgdecreet voor 2006 2 596 kortverblijfplaatsen geprogrammeerd waarvan er in 2006 25% gerealiseerd was (ongeveer 650 plaatsen).

In vergelijking met het herstelverblijf biedt het kortverblijf enkel *huisvesting en ouderenzorg* (met inbegrip van *crisisopvang*) aan en deze dag en nacht ofwel alleen 's nachts. We nemen aan dat het hier vooral respijtopvang betreft dit wil zeggen opvang omwille van de tijdelijke onbeschikbaarheid of overbelasting van de thuisverzorger. Daarnaast richt het kortverblijf zich enkel tot gebruikers van 65 jaar of ouder.

In de praktijk zullen er zich waarschijnlijk heel wat overlappings tussen herstelverblijf en kortverblijf voordoen bijvoorbeeld als de overbelasting van de thuisverzorger samenhangt met een verergering van de ziekte-toestand. Waar men dan terecht kan zal daarom vooral afhangen van de omkadering die men voorziet.

Verder is er ook een overlapping aangezien jongere zorgbehoevenden (<65 jaar) voor respijtopvang zich tot de *centra voor herstelverblijf* zullen moeten wenden.

Op basis van een studie naar de vraag naar tijdelijke opvang bij CM-leden verzamelen we enkele gegevens die nuttig kunnen zijn voor de inschatting van de vraag.

1. Centra voor herstelverblijf

Wat de centra voor herstelverblijf betreft gaan we ervan uit dat ze min of meer vergelijkbare opdrachten zullen uitvoeren als vandaag de hersteloorde van de mutualiteiten (i.c. deze van de CM). Ook hier zijn er echter nog enkele onduidelijkheden.

Vooreerst in verband met de revalidatie. Deze is in sommige hersteloorde weinig uitgebouwd en in andere beter. Ook is er hier soms een overlapping met de (meer gespecialiseerde) revalidatiecentra erkend door het RIZIV (als Sp-dienst of met een revalidatieovereenkomst) of door het VAPH. We nemen aan dat men hier niet op het terrein wil komen van deze centra.

Sommige hersteloorde hebben ook een vakantieaanbod (voor zieken) meestal voor groepsvakanties en soms ook voor individuele vakanties voor zieken met of zonder mantelzorger. We nemen aan dat de groepsvakanties niet beoogd worden door de *centra voor herstelverblijf*. Individuele vakanties die als respijtzorg kunnen beschouwd worden rekenen we wel mee bij de indicaties voor het kortverblijf als het 65-plussers betreft.

Enkele hersteloorde bieden ook kortverblijf aan. Aangezien daar specifieke voorzieningen voor geprogrammeerd worden lichten we ook dit aanbod uit de definitie van de *centra voor herstelverblijf*.

Soms worden cliënten opgenomen die een overbrugging zoeken naar een opname in een rusthuis of RVT. We nemen aan dat ook deze mensen terecht zullen kunnen in de *centra voor herstelverblijf* als men baat kan hebben bij revalidatie.

Als het meer gaat om respijtzorg kan men beter terecht in een *centrum voor kortverblijf*.

Ten slotte kunnen in sommige herstelorden ook begeleiders van zieken terecht en soms wordt dit zelfs verondersteld (bijvoorbeeld voor rolstoelgebruikers). We nemen aan dat dit ook zal kunnen (of verwacht worden) in de *centra voor herstelverblijf*.

1.1 Het huidige gebruik: de ondergrens

Op basis van een recente studie in verband met de vraag naar tijdelijke opvang en de werking van de herstelorden van de CM (Hedebouw & Spruytte, 2007; Spruytte & Hedebouw, 2008) proberen we een inschatting te maken van de potentiële vraag in de Vlaamse bevolking. We moeten er rekening mee houden dat het gebruik binnen de CM uiteraard geconditioneerd is door het beleid dat binnen deze organisatie rond de herstelorden gevoerd wordt. Ook is het profiel van de CM-leden mogelijk niet representatief voor de Vlaamse bevolking. De inschatting van de vraag is dan ook benaderend.

De CM had in 2006 485 plaatsen voor herstellenden (voor geheel België) in zijn vier herstelorden. Er zijn daarnaast ook nog plaatsen voor groepsvakanties en voor kortverblijf maar deze rekenen we hier niet mee.

Op jaarbasis (2006) maken 6 507 CM-leden gebruik of 0,147% van de leden (4 425 793 leden in België, juni 2007). Omgerekend voor de bevolking van het Vlaams Gewest (6 161 600 inwoners in 2008) zou dit neerkomen op 9 058 personen.

De gemiddelde verblijfsduur bedroeg in 2006 23,26 dagen.

Er is een bezettingsgraad van 80% (voor de CM). Deze is lager dan 100% onder meer omwille van de lagere bezetting tijdens de wintermaanden. Mogelijk is dit fenomeen te verklaren doordat de huidige herstelorden veelal in toeristische regio's gelegen zijn waardoor de belangstelling groter is in de zomer dan in de winter.

Het huidige aantal beschikbare plaatsen voor de bevolking van het Vlaams Gewest schatten we dan op 721 ((aantal gebruikers op jaarbasis x gemiddelde verblijfsduur)/(365,25 x bezettingsgraad)). We beschouwen dit als een ondergrens voor de vraag.

1.2 De potentiële vraag: de bovengrens

Deze gebruikscijfers zijn niet onmiddellijk gelijk te stellen met de *potentiële* vraag naar tijdelijke opvang in de *centra voor herstelverblijf* zoals ze in het woonzorgdecreet worden opgevat om de volgende redenen:

- er is in de herstelorden (van de CM) een voorafgaandelijke screening door de medisch adviseur (omdat er vanuit de mutualiteit een tussenkomst is in de verblijfskosten) waarbij voorrang gegeven wordt aan acute situaties (na hospi-

talisation). Daardoor zijn sommige probleemcategorieën (bijvoorbeeld personen met meer psychische problemen) niet prioritair. Anderzijds moet de opvang in de herstelzorg ook medisch verantwoord blijven in verhouding tot de omkadering (bv. i.v.m. de vraag naar revalidatie en verpleegkundige hulp, psychologische hulp). Zo kunnen bedlegerige personen er niet terecht evenmin als dementerenden;

- vervolgens is er een eigen bijdrage voor het verblijf die de laatste jaren sterk opliep en door sommige cliënten als te hoog ervaren wordt waardoor men afhaakt of het verblijf inkort;
- er is soms een lange wachttijd waardoor gegadigden afhaken;
- ook is er het probleem van de afstand tot de bestaande herstelzorg die sommige cliënten (of hun bezoekers) afschrikt. Zo ziet men (voor de CM-herstelzorg) dat er een ondergebruik is vanuit de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant en een overgebruik vanuit de provincies Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen (waar twee van de vier herstelzorg eenheden gelegen zijn);
- de groep ouderen is bij de huidige gebruikers oververtegenwoordigd hoewel er ook bij de jongere groepen belangstelling is;
- de groep somatische zieken is oververtegenwoordigd hoewel er ook vanuit mensen met psychische problemen een duidelijke vraag is;
- anderzijds vermeldde we al de lagere bezetting tijdens de winter.

In de HIVA-CM-studie poogden we een beeld te krijgen van deze potentiële vraag. Ook hier moeten we er rekening mee houden dat dit beeld slechts benaderend is. De meting werd uitgevoerd bij een (getrapte) aselecte steekproef van 946 personen getrokken uit een op voorhand afgebakende *risicogroep* bestaande uit:

- chronisch zieken met een RIZIV-thuiszorgforfait A, B of C of met een zorgforfait kiné;
- leden met een opname in een algemeen ziekenhuis (waarbij de materniteitsdiensten werden uitgesloten) van minstens drie dagen;
- leden met een RIZIV-erkenning dementie;
- revalidatiepatiënten;
- psychiatrische patiënten;
- leden die verbleven in kortverblijf;
- er werden alleen leden bevraagd van 25 jaar of ouder.

In totaal omvatte deze risicogroep 4,3% van de leden waarvan 44% 25-64-jarigen en 56% 65-plussers. Als we dit cijfer transponeren naar de Vlaamse Gemeenschap komen we op 265 000 personen.

Aan deze risicogroep werd gevraagd of men (op jaarbasis) ‘moeilijkheden’ in de thuiszorg ondervond (na een hospitalisatie of in de langdurige thuiszorg) en zo ja, of men in dit geval een verblijf in een herstelzorg als oplossing zou overwegen.

We weerhielden de volgende 'tijdelijke moeilijkheden' als indicaties voor een *herstelverblijf* (tussen haakjes geven we de percentages, meerdere antwoorden waren mogelijk):

- na een opname in het ziekenhuis was men fysiek nog onvoldoende hersteld of voelde men zich nog niet veilig genoeg (35%);
- na een opname in het ziekenhuis zou de mantelzorger het (nog) niet aangekund hebben (21%);
- na een opname in het ziekenhuis was de thuiszorg nog niet georganiseerd (8%);
- in de thuiszorg had men tijdelijk extra zorgen of toezicht nodig (19%);
- men zat wat in de put, had het moeilijk om bepaalde zaken te verwerken (20%);
- men wilde tot rust komen na een opstoot van de chronische ziekte (13%).

De reden 'de zorgbehoevende is toe aan (zieken)vakantie' (8%) werd niet weerhouden als indicatie voor een herstelverblijf.

Ongeveer 9% van de groep had één of meerdere van deze tijdelijke moeilijkheden EN overwoog daarvoor een verblijf in een hersteloord. Omgerekend naar de Vlaamse bevolking zijn dit 23 770 personen die op jaarbasis het gebruik van een centrum voor herstelverblijf zouden overwegen.

Uitgaande van een bezettingsgraad van 100% en een gemiddeld verblijf van 23,26 dagen veronderstelt dit 1 513 plaatsen. Als de bezettingsgraad slechts 80% zou zijn betekent dit 1 891 plaatsen.

We leerden verder uit de CM-studie dat er op jaarbasis ongeveer 30% afhakers zijn dit wil zeggen zieken die al een goedkeuring op zak hebben maar hun verblijf annuleren om allerlei redenen. We brengen deze groep in mindering van de groep die een herstelverblijf zou overwegen.

Anderzijds moeten we er rekening mee houden dat de zorgbehoevenden in ongeveer 1/3 van de gevallen (in de CM-hersteloorde) vergezeld worden door de partner of een andere begeleider (die soms ook zorgbehoevend is) zodat daar ook plaatsen voor moeten voorzien worden.

Dit brengt ons op 21 125 personen of 1 345 plaatsen (aan 100% bezetting en een verblijfsduur van 23,26 dagen). We beschouwen dit als een *ruime bovengrens*.

1.3 De programmatienorm

Het is niet mogelijk een precieze inschatting te maken van het benodigde aantal plaatsen aangezien nog heel wat parameters niet ingevuld zijn.

We vermeldde al dat de kostprijs een belangrijk gegeven is evenals de voorziene personeelsomkadering, de locatie, ...

Volgens de CM-studie vond ook een kwart van de gebruikers de verblijfsduur die nu gegund wordt (of die men betaalbaar acht) te kort. Als men daar mee rekening houdt zal dit de vraag verhogen maar de impact hiervan is op basis van het onderzoek niet in te schatten.

Anderzijds kan ook een verdere uitbouw van de thuiszorgvoorzieningen de vraag beperken aangezien een groep zieken (ongeveer 10% van de belangstellenden) naar tijdelijke residentiële opvang grijpt omdat er niet voldoende thuiszorg beschikbaar was of niet onmiddellijk kon opgestart worden.

Ook de verdere uitbouw van gespecialiseerde revalidatiecentra zal de vraag beïnvloeden: een kwart van de groep die een herstelverblijf overwoog geeft ook aan interesse te hebben voor een opname in een revalidatiecentrum.

In verband met de weging van de programmatie in functie van de leeftijd stelden we een samenhang vast in die zin dat vanaf 85 jaar de belangstelling op de helft terugvalt zodat het zin heeft de leeftijdsparemeter in de programmatie op te nemen.

Op basis van de hier gehanteerde operationaliseringen zijn er slechts beperkt overlappingen tussen de groep die een herstelverblijf overwoog (waar het herstel en de revalidatie centraal staan) en de kortverblijf groep (die meer als respijtzorg voor de thuisverzorgers wordt opgevat).

1.4 Vormgeving van de centra voor herstelverblijf

Uit het onderzoek kunnen we ook nog enkele aanbevelingen afleiden in verband met de *vormgeving* van deze centra voor herstelverblijf. We overlopen hier de voornaamste.

Zo vindt men het belangrijk dat er mogelijkheid is voor partner (of een andere begeleider) om er te verblijven, dat de voorziening dicht bij huis gelegen is (niet verder dan ± 50 km) en dat er oefeningen aangeboden worden om de zelfredzaamheid te stimuleren. In mindere mate maar ook nog als zeer belangrijk aangeduid door sommigen zijn: het kunnen beschikken over een éénpersoonkamer, de voorziening moet kleinschalig en familiaal zijn.

Er zal ook aandacht moeten zijn voor de samenstelling van de groepen met een evenwicht tussen jongeren en ouderen.

Wat de verwachtingen betreft in verband met de verzorging vindt een ruime meerderheid het belangrijk revalidatieondersteuning te hebben, kinesithérapie en zoveel verzorging als in een ziekenhuis.

Een ruime meerderheid zou zelf het vervoer kunnen organiseren. Toch is dit sterk afhankelijk van de afstand: verder dan 25 km van de woonplaats daalt die mogelijkheid drastisch.

Een ruime meerderheid van de belangstellenden zou voorafgaandelijk advies wensen van iemand vooraleer te beslissen tot tijdelijke opvang (i.v.m. het aanbod, praktische informatie, ...).

Gemiddeld vindt men een bedrag van 10 à 20 euro per dag redelijk als persoonlijk aandeel in de dagprijs. De feitelijke gemiddelde dagprijs bedraagt 23 euro (voor de CM-hersteloorden). Voor de (gezonde) begeleider denkt men aan minder dan 30 euro. Daarbij vindt men een prijsdifferentiatie naargelang de zorgbehoevendheid billijk.

2. Centra voor kortverblijf

Eveneens op basis van dezelfde CM-studie (Hedebouw & Spruytte, 2007; Spruytte & Hedebouw, 2008) proberen we een inschatting te maken van de potentiële vraag naar opvang in de centra voor kortverblijf. We bekijken hier opnieuw de afgebakende *risicodoelgroep* maar bekijken alleen de 65-plussers.

Omerekend naar de Vlaamse Gemeenschap omvatte de risicodoelgroep 265 000 personen waarvan 56% 65-plussers of 148 400 personen. Aan deze risicodoelgroep werd eveneens gevraagd of men (op jaarbasis) 'moeilijkheden' in de thuiszorg ondervond (na een hospitalisatie of in de thuiszorg) en zo ja, of men in dit geval tijdelijke opvang (in één of andere vorm) zou overwegen.

De volgende 'tijdelijke moeilijkheden' werden weerhouden als indicaties voor de *centra voor kortverblijf* (meerdere antwoorden waren mogelijk):

- de mantelzorger was onbeschikbaar (bijvoorbeeld wegens ziekte, werk, vakantie, ...) (16%);
- de mantelzorger kan de thuiszorg niet meer aan, voelde zich uitgeput, ... (16%);
- na opname in het ziekenhuis was er een tijdelijke overbrugging nodig naar een opname in een rusthuis, gehandicapteninstelling, home, ... (8%);
- de thuissituatie werd om praktische redenen ondoenbaar (4%).

Ondertussen is er in het kader van het Derde Protocolakkoord sprake van 'een revaliderend kortverblijf'. Hiermee wordt verder geen rekening gehouden.

Zorgbehoevenden die 'alleen maar' toe waren aan vakantie (8%) werden niet weerhouden bij de indicatiestelling.

Ongeveer 6% van de groep had deze tijdelijke moeilijkheden en wilde daarvoor tijdelijke opvang in een kortverblijf overwegen. Omerekend naar de 65-plussers van Vlaamse bevolking zijn dit 8 904 personen.

We hebben geen algemeen beeld voor het Vlaams Gewest van de gemiddelde verblijfsduur of voor de bezettingsgraad in de centra voor kortverblijf.

Via het internet vinden we voor de verblijfsduur enkele cijfers voor 2006 die schommelen van 15 dagen (Ten Kerselaere, Heist-op-den-Berg en OCMW-Genk) over 21 dagen (OCMW-Leuven) tot 32,2 dagen (OCMW-Sint-Niklaas).

Voor het OCMW-Sint-Niklaas vinden we voor 2006 een bezettingsgraad van 70%, voor Ten Kerselaere 87% en voor OCMW-Genk 87%.

Uitgaande van een gemiddeld verblijf van 23,26 dagen en een bezettingsgraad van 100% veronderstelt dit 567 plaatsen. Als de bezettingsgraad slechts 80% zou zijn betekent dit 708 plaatsen. De vroegere programmatie (2 596 plaatsen) zou hier met andere woorden te hoog liggen wat verklaarbaar is doordat de *centra voor herstelverblijven* een deel van de vraag zullen overnemen. De minimum programmatie voorzien in de woonzorgdecreet (minstens 3 plaatsen per gemeente: 307 gemeenten in het Vlaams Gewest $\times 3 = 921$) zou hier ruim volstaan.

Ook hier is een programmatie in functie van de leeftijdscategorie *binnen de ouderengroep* zinvol. In het onderzoek zagen we dat vooral de 75-plussers belangstelling hadden (8%) en de groep 65-74 het minst (4%).

Als men uitgaat van een verhoogd aanbod van rusthuisplaatsen naar de toekomst toe vallen de mensen die een overbrugging naar een rusthuis zoeken uit deze groep weg. In het onderzoek stond 1/3 van de groep die zou opteren voor een kortverblijf (bij moeilijkheden in de thuiszorg) op een wachtlijst van het rusthuis. Als er een verlaagd aanbod van rusthuisplaatsen wordt weerhouden, zal de vraag naar kortverblijf toenemen.

HOOFDSTUK 5

PROGRAMMATIE ASSISTENTIEWONINGEN EN WOONZORGCENTRA

Jozef Pacolet, HIVA-K.U.Leuven

Wij behandelen hier de programmatie van assistentiewoningen en woonzorgcentra in één hoofdstuk, alhoewel over de assistentiewoningen (de vroegere serviceflat) op dit ogenblik weinig informatie beschikbaar is van de bewonersgroep. De analyse is dan ook noodgedwongen sterk gebaseerd op het profiel van de bewoners van de woonzorgcentra, terwijl het nieuwe decreet juist de opening voorziet naar de assistentiewoningen.

Vertrekkende van de huidige en voorgenomen nieuwe programmeringscriteria zullen wij deze inkleuren met informatie over het afhankelijkheidsprofiel van de bewoners, zoals dat kan opgemaakt worden volgens de RIZIV-forfaitcategorieën. Daarna gaan wij na wat de impact is als de toegang tot het woonzorgcentrum zou beperkt worden voor de meer zelfredzame categorieën. Dit kan gebeuren door ofwel de thuiszorg aan te moedigen, ofwel de meer zelfredzame ouderen te oriënteren naar assistentiewoningen. In de praktijk zien wij in Vlaanderen substantiële regionale verschillen in het gebruik van residentiële zorg. Wij gaan na wat dit betekent voor de thuiszorg. Deze afruil is ook de basis voor het vastleggen van equivalentieregels tussen de hoeveelheid zorg nodig voor één zorgplaats in een instelling en één zorgplaats thuis.

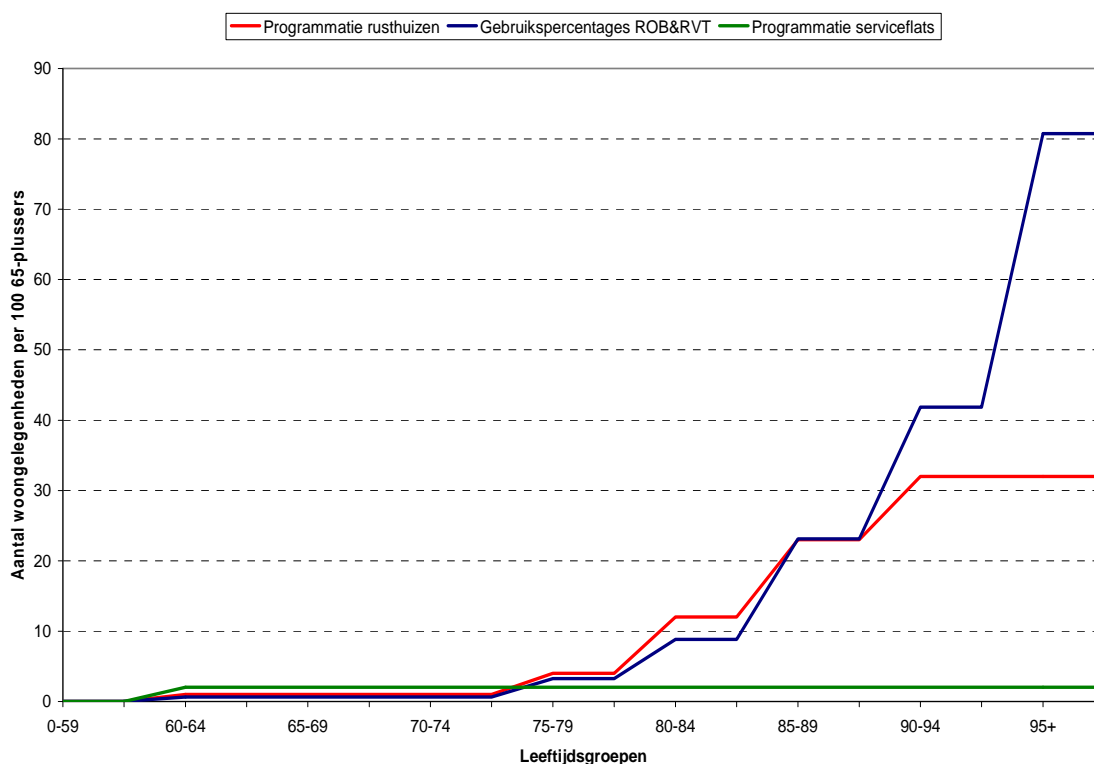
1. Huidige planning en realisatie

In volgende grafiek worden de huidige programmatiecriteria voor rusthuizen en serviceflats, vergeleken met het werkelijke profiel van de bewoners van rusthuizen.

Uit de afwijking van de programmatiecijfers met het werkelijke profiel kan voorzien worden dat naar de toekomst een aanpassing van de programmatiecijfers naar beneden toe voor de laagste leeftijdsgroepen mogelijk is, terwijl een grotere differentiatie naar de hoge leeftijdsgroepen eveneens wenselijk is.

De nieuwe (en voorlopige) programmatiecijfers voor de woonzorgcentra wijken niet af van de bestaande, met dit verschil dat zij pas zullen gehanteerd worden

vanaf de leeftijdsgroepen van 65 jaar. Dit impliceert dat het aantal rusthuisbedden dat geprogrammeerd wordt voor de jongste leeftijdsgroep verdwijnt. Uit onderstaande grafiek blijkt dat men misschien ook bij de leeftijdsgroepen tot 85 jaar minder plaatsen zou kunnen voorzien dan thans worden ingecalculeerd, maar dat daartegenover vanaf 90 jaar meer plaatsen zouden dienen te worden voorzien.



Figuur 5.1 Vergelijking programmatie met profiel bewoners rusthuizen

Tabel 5.1 Verhouding tussen de werkelijke aantal plaatsen woonzorgcentra en de oude en nieuwe programmatiecijfers

Leeftijd	Prog. regels	Nieuwe programmatie	Gebruiks% SF	Gebruiks% ROB	Gebruiks% RVT	Gebruiks% ROB & RVT	Werkelijk/oude programmatie	Werkelijk/nieuwe programmatie
0-59	0	0	0	0,0	0,0	0,0		
60-64	1	0	2	0,4	0,2	0,6	0,62	
65-69	1	1	2	0,4	0,2	0,6	0,62	0,62
70-74	1	1	2	0,4	0,2	0,6	0,62	0,62
75-79	4	4	2	1,8	1,4	3,2	0,81	0,81
80-84	12	12	2	4,9	3,9	8,8	0,74	0,74
85-89	23	23	2	12,9	10,2	23,1	1,01	1,01
90-94	32	32	2	22,1	19,7	41,9	1,31	1,31
95+	32	32	2	41,4	39,0	80,7	2,52	2,52

In bovenstaande tabel 5.1 worden de oude en nieuwe programmatiecijfers geplaatst naast het werkelijk gebruik van woonzorgcentra. Ook de verhouding tussen beide wordt berekend. Die cijfers worden in onderstaande tabel 5.2 toegepast op de huidige bevolking in Vlaanderen (Vlaams Gewest + 18% Brussels Gewest) en geprojecteerd tot 2020. De programmatiecijfers liggen boven het huidige werkelijke gebruik. Dit is ongeveer 10% op dit ogenblik, maar het verschil verdwijnt geleidelijk tegen 2020. De programmatiecijfers die thans bestaan zouden nog net (er is een licht tekort) het doortrekken van het huidige gebruiksprofiel in 2020 mogelijk maken. Dit is weliswaar het gevolg van een overdimensionering bij de jongere leeftijdsgroepen terwijl er voor de hoogbejaarden te weinig plaatsen geprogrammeerd worden, wat ook te zien is in figuur 5.1 en tabel 5.1. De nieuwe programmatiecijfers corrigeren dit reeds ten dele, ondermeer door enkel plaatsen te voorzien vanaf 65 jaar. Tegen 2020 zou er met de nieuwe programmatiecijfers zelfs een licht tekort zijn (index 98,3) ten opzichte van de projectie op basis van het huidige gebruikscijfers. Maar de desinstitutionalisering zou verder kunnen gaan. Interregionale verschillen in het gebruik tonen dit aan. Dit bespreken wij in paragraaf 6.3.

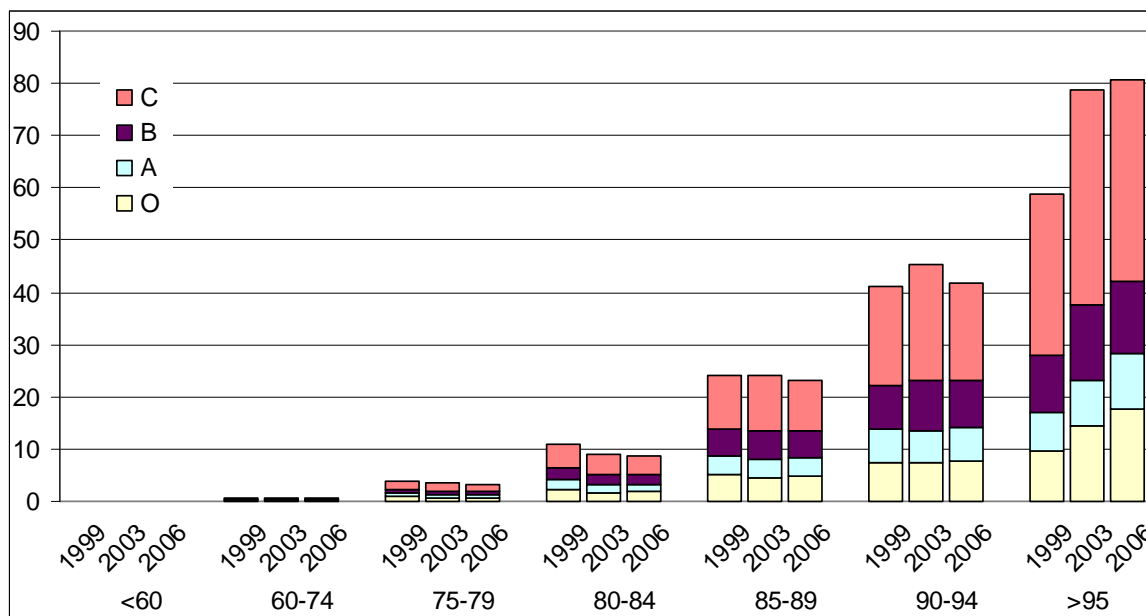
Tabel 5.2 Impact aanpassing programmatie: verschil werkelijk gebruik en programmatie

		2005	2010	2015	2020
<i>Op basis van werkelijk gebruik in 2006</i>					
<60		897	910	923	923
60-74	0,6	6 926	7 381	8 064	9 034
75-79	3,2	9 542	10 114	10 037	10 196
80-84	8,8	18 597	20 266	21 775	21 994
85-89	23,1	16 307	25 420	28 420	31 162
90-94	41,9	12 531	12 773	20 234	23 546
>95	80,7	4 411	5 508	6 637	10 498
Totaal		69 210	82 372	96 091	107 353
<i>Op basis van oude programmatie</i>					
<60					
60-74	1	11 543	12 302	13 440	15 057
75-79	4	11 928	12 643	12 546	12 745
80-84	12	25 360	27 635	29 694	29 992
85-89	23	16 236	25 310	28 297	31 027
90-94	32	9 570	9 755	15 453	17 982
>95	32	1 749	2 184	2 632	4 163
Totaal		76 386	89 829	102 062	110 967
<i>Index verschil programmatie t.o.v. berekening op basis van werkelijk gebruik (=100)</i>					
		110,4	109,1	106,2	103,4
<i>Op basis van nieuwe programmatie</i>					
<60					
60-74	1	7 618	8 119	8 870	9 938
75-79	4	11 928	12 643	12 546	12 745
80-84	12	25 360	27 635	29 694	29 992
85-89	23	16 236	25 310	28 297	31 027
90-94	32	9 570	9 755	15 453	17 982
>95	32	1 749	2 184	2 632	4 163
Totaal		72 461	85 646	97 492	105 847
<i>Index verschil programmatie t.o.v. berekening op basis van werkelijk gebruik (=100)</i>					
		104,7	104,0	101,5	98,6

2. Profiel van de rusthuisbewoners, 2006

Recente gegevens voor het gebruik van de rusthuisbedden lieten de voorbije jaren een stabiel beeld zien, gestandaardiseerd naar leeftijd. Er was zelfs een lichte daling te zien voor de jongere leeftijdsgroepen en alleen voor de allerhoogste leeftijdsgroep was er een stijging te zien. Ook de structuur naar zorgforfaits bleef ongeveer stabiel. Bij de oudste leeftijdsgroep was zelfs een duidelijke toename van lagere forfaitcategorieën op te merken, maar ook bij jongere leeftijdsgroepen viel dit op. Globaal zien wij voor Vlaanderen dat er tussen 1999 en 2003 een lichte daling was van de O- en A-forfaits, maar dat dit tussen 2003 en 2006 terug steeg (zie grafiek in bijlage 7). Op de hiernavolgende grafiek is dit het best te zien voor

de bewoners ouder dan 95 jaar. Zij verblijven de jongste jaren blijkbaar sneller in een rusthuis, terwijl zij nog minder hulpbehoevend zijn ten opzichte van de situatie in 1999. Uiteraard is deze 95+ groep maar een beperkt gedeelte van de totale rusthuispopulatie.



Bron: RIZIV-gegevens

Figuur 5.2 Profiel van de huidige bewoners van de rusthuissector, Vlaanderen

3. Regionale verschillen

In het kader van de inschatting van de ontwikkelingsmogelijkheden van de thuiszorg vallen regionale verschillen op die aantonen dat een verschillende mix thuiszorg - residentiële zorg mogelijk is. De volgende tabellen illustreren deze verschillen in gebruikscijfers.

Voor de thuisverpleging en voor het gebruik van rustoordbedden en RVT-bedden vergelijken wij het werkelijk gebruikcijfer in respectievelijk de Provincie Limburg en de rest van Vlaanderen (cijfers in vet) met een berekend gebruikcijfer op basis van de bevolkingsstructuur van de respectievelijke regio, maar met de gebruikscijfers naar leeftijd van de andere regio. Zo is in tabel 5.3 het gebruikcijfer voor thuisverpleging voor de rest van Vlaanderen 5,92 (als % van het aantal personen boven 60 jaar). Indien wij dit gebruikcijfer herberekenen voor de rest van Vlaanderen, met de bevolkingsstructuur van de rest van Vlaanderen, maar met de gebruikscijfers per leeftijdsgroep die in Limburg geldt, dan zou het gebruik in Limburg 8,74% zijn.

Voor Limburg is het werkelijk gebruik van thuisverpleging 7,93%. Indien wij het gebruik zouden herberekenen met behoud van de leeftijdsstructuur van Limburg, maar met de gebruikscijfers per leeftijdsgroep in de rest van Vlaanderen dan zou het gemiddeld gebruikscijfer 5,12% zijn.

Tabel 5.3 Vergelijking gebruikpercentages thuisverpleging van het aantal 60-plussers, op basis van Limburg naar de rest van Vlaanderen en omgekeerd, 2001

	Berekend op basis van gebruikpercentage naar leeftijd Rest van Vlaanderen	Limburg
Rest van Vlaanderen	5,92	8,74
Limburg	5,12	7,93

Bron: Eigen berekeningen HIVA-K.U.Leuven op basis van masterplan ouderenzorg Limburg en NIS-bevolkingsstatistieken, 2001

Tabel 5.4 Vergelijking gebruikpercentages ROB + RVT van het aantal 60-plussers, op basis van Limburg naar de rest van Vlaanderen en omgekeerd, 2001 (in %)

	Op basis van gebruikpercentage naar leeftijd Rest van Vlaanderen	Limburg
Rest van Vlaanderen	4,71	3,71
Limburg	3,77	2,96

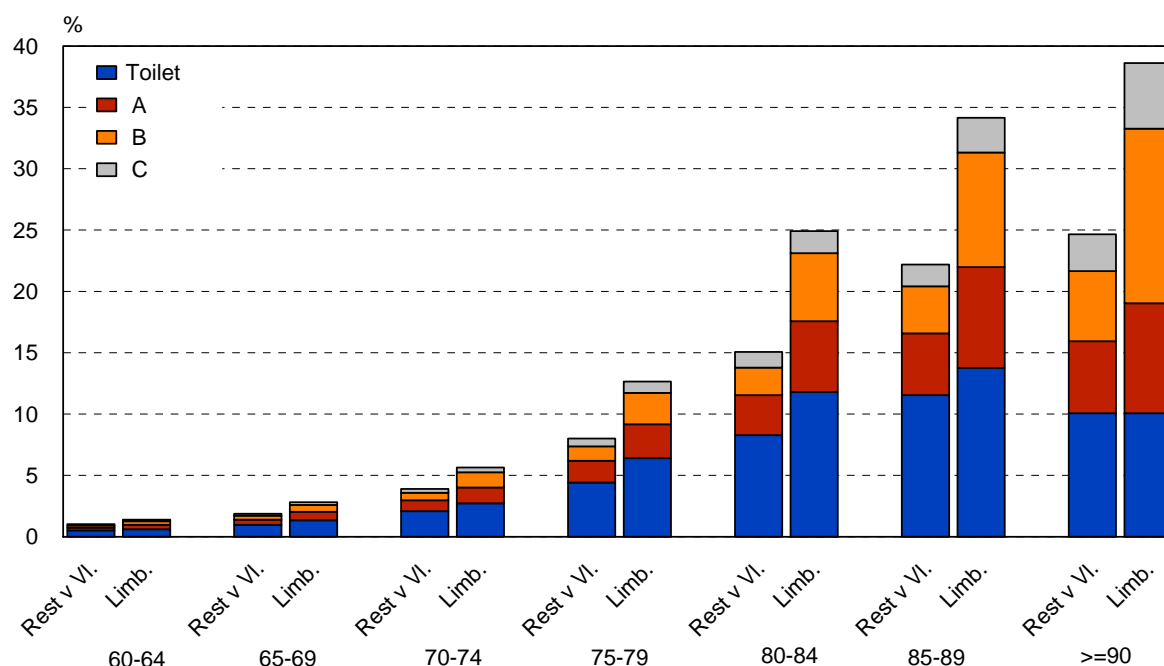
Bron: Eigen berekeningen HIVA-K.U.Leuven op basis van masterplan ouderenzorg Limburg en NIS-bevolkingsstatistieken, 2001 in Pacolet, Spruytte & Peetermans

Dit impliceert dat in de tabel, per rij de leeftijdsstructuur in elke regio constant wordt gehouden, terwijl in de kolommen de gebruikscijfers per leeftijdsgroep constant worden gehouden. De vergelijking van de cijfers per rij en per kolom is leerrijk. De rij 'Rest van Vlaanderen' leert ons dat, gegeven de leeftijdsstructuur van de rest van Vlaanderen, de gebruikpercentages aanzienlijk hoger zouden liggen (met name 8,74 in plaats van 5,92) als men de gebruikpercentages van Limburg zou hanteren. Er zouden 2,8 personen per 100 60-plussers meer beroep doen op thuisverpleging indien wij de gebruikscijfers van Limburg hanteren in de rest van Vlaanderen. De vergelijking per kolom leert ons, waar men de gebruikscijfers per leeftijdsstructuur constant houdt, dat het gebruik hoger ligt in Vlaanderen omdat dit reeds een oudere bevolkingsstructuur heeft dan in Limburg. In feite maken wij de gebruikscijfers vergelijkbaar, gecorrigeerd voor de verschillen in leeftijdsstructuur.

Dezelfde analyse maken wij in tabel 5.4 voor de gebruikscijfers van rusthuisbedden (ROB en RVT), opnieuw als % van het aantal 60-plussers. Het werkelijke gebruikscijfer is in de rest van Vlaanderen 4,71% of 4,71 personen op 100 60-plussers zijn opgenomen in een rusthuis. In Limburg is dit 2,96%. Indien men in de rest van Vlaanderen, met zijn gegeven leeftijdsstructuur, dezelfde gebruikscijfers

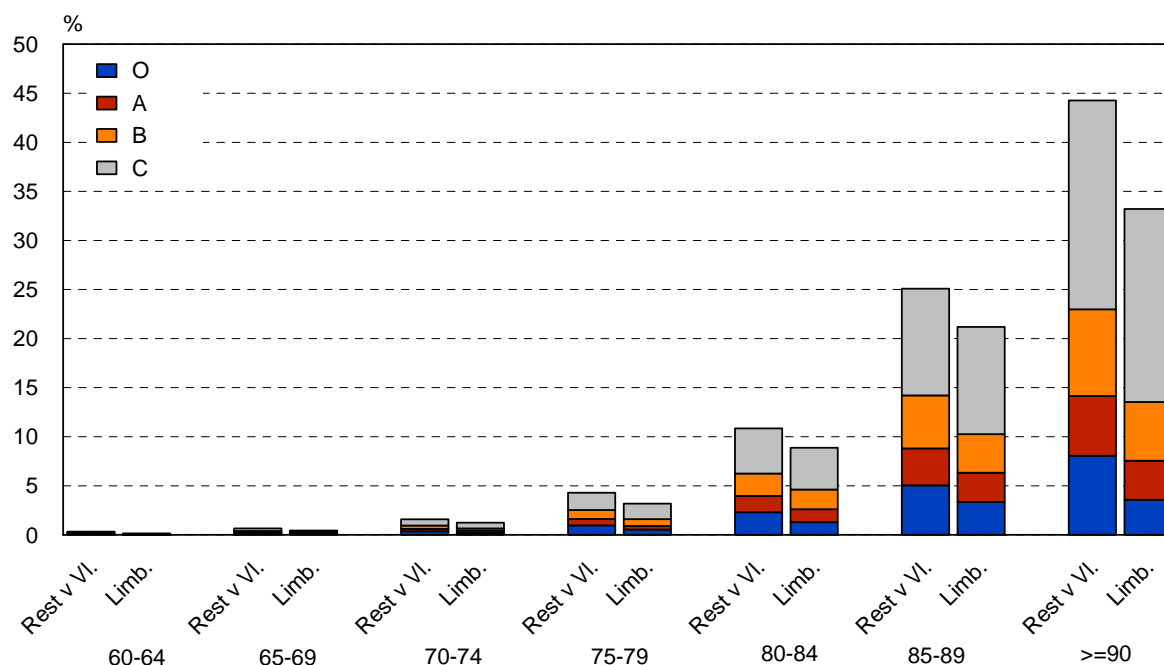
per leeftijdsgroep zou hebben als in Limburg zou het totale gebruikscijfer echter maar 3,71% zijn. Het hoge gebruikscijfer van rusthuisbedden in de rest van Vlaanderen zou kunnen dalen van 4,71% naar 3,71% op basis van de gebruikscijfers in Limburg. Per 100 60-plussers zouden er in de rest van Vlaanderen 0,8 personen minder kunnen opgenomen worden in een rusthuis. Maar vermoedelijk zou dan het gebruik van thuisverpleging moeten stijgen tot op het niveau van Limburgse gebruikscijfer per leeftijdsgroep. Dan zouden wel 2,8 personen per 100 60-plussers meer gebruik maken van thuisverpleging en vermoedelijk ook thuiszorg in het algemeen. Dit is een 'elasticiteit' van bijna 300%. Er is blijkbaar geen één op één verhouding tussen een plaats minder in het rusthuis en één patiënt meer die beroep doet op thuisverpleging. De één op één verhouding zou een minimum-grens kunnen zijn. Conclusie is dat de institutionaliseringgraad (% van de ouderen dat in een rusthuis verblijft) zou kunnen dalen, maar dat dit vermoedelijk gepaard gaat met een meer dan evenredig aantal gebruikers van thuiszorgdiensten, hier thuisverpleging.

Verschillen in gebruikscijfers leveren blijkbaar ook een ander profiel op van de afhankelijkheidsgraad van deze gebruikers. In figuur 5.3 zien wij dat in Limburg, in vergelijking met de rest van Vlaanderen, meer forfaits A, B en C in de thuisverpleging voorkomen, en bij de hoogste leeftijdsgroepen zelfs vooral de forfaits B en C, dus met een grotere afhankelijkheid. In de rusthuissector zien wij daartegenover dat in Limburg, vergeleken met de rest van Vlaanderen, minder O-, A-, en B-forfaits voorkomen. Het roept een beeld op van de lager zorgbehoevenden waarvoor de opname in het rusthuis kan vermeden worden, maar die wij zien terugkeren als de eerder zwaar hulpbehoevenden in de thuiszorg. Maar die verschuiving in de zorgsetting uitlokken moet juist de bedoeling zijn van een beleid van 'desinstitutionalisering' of 'voorrang voor de thuiszorg'. Het spreekt voor zich dat dit niet noodzakelijk goedkopere zorg hoeft te worden, hier in casu voor de RIZIV-budgetten, aangezien rusthuisplaatsen met een laag forfait vervangen worden door hoge forfaits in de thuisverpleging. Een meerkost kan ook voorkomen doordat er finaal meer personen één of andere vorm van zorg krijgen (zie Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008).



Bron: Berekeningen HIVA-K.U.Leuven, op basis van Masterplan Limburg in Pacolet, Spruytte & Peetermans

Figuur 5.3 Gebruikpercentages thuisverpleging (TVP) van de 60-plussers, t.o.v. bevolkingsaantal in dezelfde leeftijdsgroep, Limburg t.o.v. de rest van Vlaanderen, per zorgcategorie, 1 april 2001



Bron: Berekeningen HIVA-K.U.Leuven, op basis van Masterplan Limburg in Pacolet, Spruytte & Peetermans

Figuur 5.4 Gebruikpercentages ROB + RVT van de 60-plussers, t.o.v. bevolkingsaantal in dezelfde leeftijdsgroep, Limburg t.o.v. de rest van Vlaanderen, per zorgcategorie, 1 april 2001

In Pacolet, Merckx en Peetermans (2008) berekenden wij verder de kans op thuisverpleging in functie van het al dan niet ingevuld zijn van de programmatie rusthuizen en de beschikbaarheid van gezinszorg. Daaruit blijkt opnieuw dat de kans op het gebruik van thuisverpleging stijgt naarmate de programmatie niet is ingevuld, maar ook stijgt naarmate er meer gezinszorg beschikbaar is. Voor het ene is thuisverpleging een substituuut, voor het andere een complementaire dienst. De mate van complementariteit tussen gezinszorg en thuisverpleging berekenden wij ook op basis van de gezondheidsenquête. Met name is de kans groter ook een andere thuiszorgdienst (thuisverpleging) te gebruiken als men gezinszorg krijgt, dan omgekeerd een andere dienst (gezinszorg) te gebruiken als men al thuisverpleging krijgt. Maar in alle geval is ook hier de complementariteit duidelijk. Het verschil is vermoedelijk te verklaren door de aanwezigheid van mantelzorg, die gezinszorg substitueert, samen met vermoedelijk ook tal van andere diensten die huishoudelijke hulp aanbieden. Want op het vlak van afhankelijkheid manifesteert zich eerst de IADL afhankelijkheid, en dan pas de ADL afhankelijkheid, afgezien van specifieke medische technische prestaties. Als men al gebruiker is van een dienst gezinszorg, zal thuisverpleging zich aandienen als men persoonlijke verzorging nodig heeft. Voor diegenen die thuisverpleging krijgen, is de kans op bijkomende gezinszorg afhankelijk van tal van alternatieven, waaronder de mantelzorg. Aanwezigheid van meer mantelzorg (en misschien ook meer oppashulp) zou de lage institutionaliseringgraad mee helpen kunnen verklaren. Maar die kan ook extra ondersteund/aangevuld worden met de klassieke thuiszorgdiensten als gezinszorg en schoonmaakhulp.

Een beleid van ‘desinstitutionalisering’ dat vooral de bewoners met een O- en A-forfait zo lang mogelijk zou thuis laten, is dus in de praktijk ook te observeren, maar dient gepaard te gaan met een meer dan verhoudingsgewijs verhogen van het gebruik van thuisverpleging. De gezinszorg zal ook op dezelfde wijze dienen toe te nemen (en misschien zelfs meer indien vooral de afwezigheid van mantelzorg en hulp bij huishoudelijke activiteiten de reden is van rusthuisopname, wat sommige studies ook aantoonen (cf. G. Van Camp). In volgend punt simuleren wij de impact van dergelijke verschuiving op de vraag naar thuiszorg. Een vergelijkbare analyse zou kunnen gemaakt worden voor de oppasdiensten, die thans weinig frequent maar blijkbaar wel intensief voorkomen. Of dit ‘institutionalisering’ kan voorkomen is nog niet onderzocht.

4. Herziening programmatienormen door reductie van het aantal plaatsen met een O- en A-forfait

In tabel 5.5 berekenen wij voor de werkelijke gebruikscijfers van rustoordbedden en voor de oude en respectievelijk nieuwe programmatiecijfers de impact van het supprimeren van de O- en A-forefaits. In 2010 gaat dit bijvoorbeeld over 30 381 bedden. De schrapping van deze plaatsen zou het gebruik terugdringen op

63%. Als men de reductie van plaatsen berekent op de vroegere of nieuw voorgestelde programmatiecijfers zou de daling ten opzichte van de projectie van de huidige gebruikscijfers minder groot zijn omdat de programmatiecijfers boven het werkelijke gebruik liggen, behalve in 2020. Men zou dan op een capaciteit zitten van 62% van het doortrekken van de huidige gebruikscijfers. Of men dit wenst te realiseren is een beleidsbeslissing die afhankelijk is van een aangepast aanbod thuiszorgdiensten. Hoeveel uren zorg zou men in de thuiszorgdiensten nodig hebben? Dit proberen wij in te schatten in tabel 5.6.

Tabel 5.5 Impact aanpassing programmatie: verschil werkelijk gebruik en programmatie

	2005	2010	2015	2020
<i>Aantal O en A</i>				
O	14 614	17 370	20 024	22 162
A	10 958	13 011	15 137	16 796
	25 572	30 381	35 160	38 958
<i>Aantal rusthuisbedden zonder O en A in ROB</i>				
Totaal	43 638	51 991	60 930	68 395
Index t.o.v. projectie huidige situatie	63,1	63,1	63,4	63,7
<i>Oude programmatie zonder O en A in ROB</i>				
Totaal	50 405	59 034	66 499	71 643
Index t.o.v. oude programmatie	66,3	66,0	65,4	64,8
Index t.o.v. projectie huidige situatie	72,8	71,7	69,2	66,7
<i>Nieuwe programmatie zonder O en A in ROB</i>				
Totaal	46 481	54 851	61 930	66 523
Index t.o.v. nieuwe programmatie	64,5	64,4	63,8	63,1
Index t.o.v. projectie huidige situatie	67,2	66,6	64,4	62,0

Wij berekenen vooreerst welke zorgtijd thans verstrekt wordt aan de bewoners van de rusthuizen met een O- en A-forfait. Twee hypothesen zijn mogelijk. Een minimale raming op basis van de RIZIV-personeelsnormen die voorzien zijn voor deze categorieën, of de werkelijke zorgtijd die wij halen van een vroegere studie van een rusthuis zelf (P. Cokelaere). Het RIZIV legt normen VTE verpleegkundigen en verzorgenden op per 30 bedden, die wij omrekenen naar totaal aantal personeelsleden en dit verder vertalen in uren zorg per jaar à rato van 1 600 uren per VTE. Op basis van de RIZIV-normen zouden er aan verpleegkundigen en verzorgende samen voor deze 30 000 bedden in 2010 1,45 miljoen uren beschikbaar moeten zijn. Op basis van werkelijke zorgtijd wordt dit alleen al voor verpleegkundigen en verzorgenden 4 miljoen uren, en zou er nog eens evenveel tijd (4 miljoen uren) nodig zijn voor logistieke hulp (schoonmaak, keuken).¹² In totaal is 8 miljoen uren zorgtijd nodig.

¹² Merk op dat in de logica van het rusthuis maaltijdbereiding hoort bij het logistiek personeel, in de thuiszorg is dit één van de taken van de gezinszorg.

Tabel 5.6 Impact uitsluiting O en A bedden op zorgtijd

	2010	2015	2020
O	17 370	20 024	22 162
A	13 011	15 137	16 796
Totaal	30 381	35 160	38 958
<i>Op basis van RIZIV-personeelsnormen (berekening op basis van oude normen)</i>			
Verpleegkundigen, in VTE			
O	145	167	185
A	412	479	532
Totaal	557	646	717
Verzorgenden, in VTE			
O	0	0	0
A	347	404	448
Totaal	347	404	448
Totaal verpleegkundigen en verzorgenden, in VTE			
O	145	167	185
A	759	883	980
Totaal	904	1 050	1 164
In uren zorgtijd per jaar			
O	231 601	266 986	295 492
A	1 214 322	1 412 742	1 567 670
Totaal	1 445 923	1 679 728	1 863 162
<i>Op basis van tijdsregistratie (P. Cokelaere)</i>			
Totaal verpleegkundigen en verzorgenden, in uren per jaar			
O	1 980 185	2 282 728	2 526 458
A	2 107 716	2 452 117	2 721 027
Totaal	4 087 901	4 734 845	5 247 484
Totaal huishouden, in uren per jaar			
O	2 223 366	2 563 063	2 836 724
A	1 730 409	2 013 158	2 233 929
Totaal	3 953 775	4 576 221	5 070 654
Totaal verpleegkunde, verzorgende en huishouden, in uren per jaar			
O	4 203 551	4 845 791	5 363 182
A	3 838 125	4 465 275	4 954 956
Totaal	8 041 676	9 311 066	10 318 138
<i>Alternatief in de thuiszorg</i>			
Thuiszorg, in uren per jaar voor populatie mantelzorgpremie, uren werkelijke gebruikers			
Gezinszorg	12 574 546	14 552 913	16 124 869
Schoonmaakhulp	6 076 128	7 032 091	7 791 674
Totaal	18 650 674	21 585 004	23 916 543
Thuiszorg, in uren per jaar voor populatie mantelzorgpremie, uren op basis populatie			
Gezinszorg	4 153 033	4 806 434	4 153 033
Schoonmaakhulp	2 187 406	2 531 553	2 187 406
Totaal	6 340 439	7 337 987	6 340 439

Wij berekenen in deze tabel nu wat de zorgtijd voor dezelfde groep personen zou kunnen zijn in de thuissetting. Wij maken hier abstractie van de uren thuisverpleging. Enkel gezinszorg en schoonmaakhulp wordt in beeld gebracht. Wij hanteren

hiervoor de recente cijfers van de populatie gerechtigden van de mantelzorgpremie. Deze referentiegroep voor de thuissetting is misschien ook nog het meest realistische omdat dit zwaar hulpbehoevende personen zijn die vergelijkbaar zijn met de O- en A-forfaits in de residentiële zorg (verdere detailberekeningen zouden mogelijk zijn). Twee hypothesen zijn verder aangenomen, met name dat men het gebruik in uren per jaar neemt voor diegenen die werkelijk zorg krijgen, en het gebruik berekend voor de totale populatie (gebruikers en niet-gebruikers). Er is zelfs een lichte voorkeur voor de hypothese van werkelijke gebruikers van thuiszorgdiensten, omdat zij vermoedelijk minder konden beschikken over mantelzorg en daarom naar een rusthuis trokken. In de hypothese van het aantal uren van werkelijke zorggebruikers zouden niet minder dan 18 miljoen uren gezinszorg en poetsdienst bijkomend moeten beschikbaar komen. In de hypothese van het gemiddelde gebruik is dit 'maar' 6,3 miljoen (cijfers telkens voor 2010). Hiervan is 4,2 miljoen uren extra gezinszorg nodig en 2,2 miljoen uren schoonmaakhulp. Een verdere nuance is hier evenwel dat wij zowel de reguliere diensten schoonmaakhulp hebben meegenomen als de private poetshulp en hulp aangekocht via dienstencheques. Voor de programmatie van uren schoonmaakhulp moet hiervan ongeveer 1/3 geteld worden. De extra uren gezinszorg en schoonmaakhulp moeten volledig in rekening worden genomen in de programmatiecijfers. Deze volumes aan extra uren moeten in perspectief gezet worden door te vergelijken met de huidige programmatiecijfers in tabel 3.7 samengevat. De vraag is ook of deze lage hypothese moet weerhouden worden, of de hogere op basis van de groep die nu werkelijke gebruikers zijn. Dan is het aantal extra uren gezinszorg en schoonmaakhulp nog aanzienlijker.

Er kan discussie zijn over welk zorgpakket zal worden opgenomen door de O- en A-bewoners uit een rusthuis indien zij langer thuis zouden blijven. Hier hebben wij gebruikscijfers genomen van 'zwaar hulpbehoevende' personen die gerechtigd zijn op de mantelzorgpremie van de Vlaamse Zorgverzekering. Hiermee lijken wij een hoge hypothese aan te nemen. Wij worden daarin bevestigd door de vaststelling in Limburg dat er minder O- en A'ers te noteren zijn in de rusthuissector, terwijl men relatief meer B- en C'ers terugvindt in de thuisverpleging. Ook mag niet vergeten worden dat men blijkbaar meer mensen (preventief) thuis moet ondersteunen om een deel daarvan later of niet terug te vinden in het rusthuis. Ook om een andere reden kan worden aangenomen dat de verhoogde inspanning in de thuiszorg zwaarder kan uitvallen dan op het eerste zicht aangenomen: diegenen die opgenomen worden in het rusthuis zullen ook eerder diegenen zijn waar de mantelzorg is weggefallen. Thuiszorg (blijkt ook uit onze bijdrage aan de Qualidem-studie, zie Misplon, Pacolet & Hedebouw) heeft ogenschijnlijk minder professionele zorg nodig ... omdat er gemiddeld meer mantelzorg is. De groep die vroegtijdig (als O en A) naar een rusthuis ging, deed dit misschien omdat er geen mantelzorg meer was.

Uit deze tabel komt nog iets anders naar boven. De gesubsidieerde (door het RIZIV) zorgtijd in het rustoord ligt aanzienlijk lager dan de werkelijke zorgtijd.

Deze moet bijgevolg door de bewoner, via zijn dagprijs, zelf betaald worden. In de tabel 5.6 is dat een verschil van 1,45 versus 8 miljoen uren zorg. Of deze zorg thuis zal neerkomen op 6,3 of 18,7 miljoen uren kan verder onderzocht worden.¹³ Belangrijk om weten is dat de laatste zorgtijd alvast goedkoper zou uitvallen voor de oudere, en duurder voor de (Vlaamse) Gemeenschap, terwijl de huidige zorgsetting in het rusthuis relatief ondergefinancierd is door het RIZIV. De bewoner betaalt die zorg via zijn dagprijs.¹⁴ Wenst men de thuiszorg uit te bouwen, zal de kostprijs ergens anders komen te liggen.

Het spreekt voor zich dat dergelijke desinstitutionalisering maar geleidelijk kan plaatsgrijpen. De implicaties zijn immers aanzienlijk. Indien deze situatie in 2020 zou worden bereikt dan betekent dit dat men met het aantal bedden dat al beschikbaar was in 2005 zou volstaan. Nieuwe investeringen kunnen gericht worden op herconditioneren en upgradering van infrastructuur. De thuiszorgdiensten zouden echter aanzienlijk moeten stijgen. Het kan in deze diensten ook een grotere selectiviteit uitlokken, alhoewel de evidentie van de thuisverpleging eerder aantoonde dat men ruim (als het ware preventief) hulp moet beschikbaar stellen om rusthuisopname te reduceren. Ook de financieringsimplicaties moeten verder bekeken worden. Rusthuispersoneel wordt betaald door de RIZIV-forfaits en de dagprijs. Vervanging door thuiszorg zal wat de gezinszorg betreft en de reguliere schoonmaakhulp door de Vlaamse overheid moeten gefinancierd worden.

5. Plaats van de assistentiewoning of serviceflat

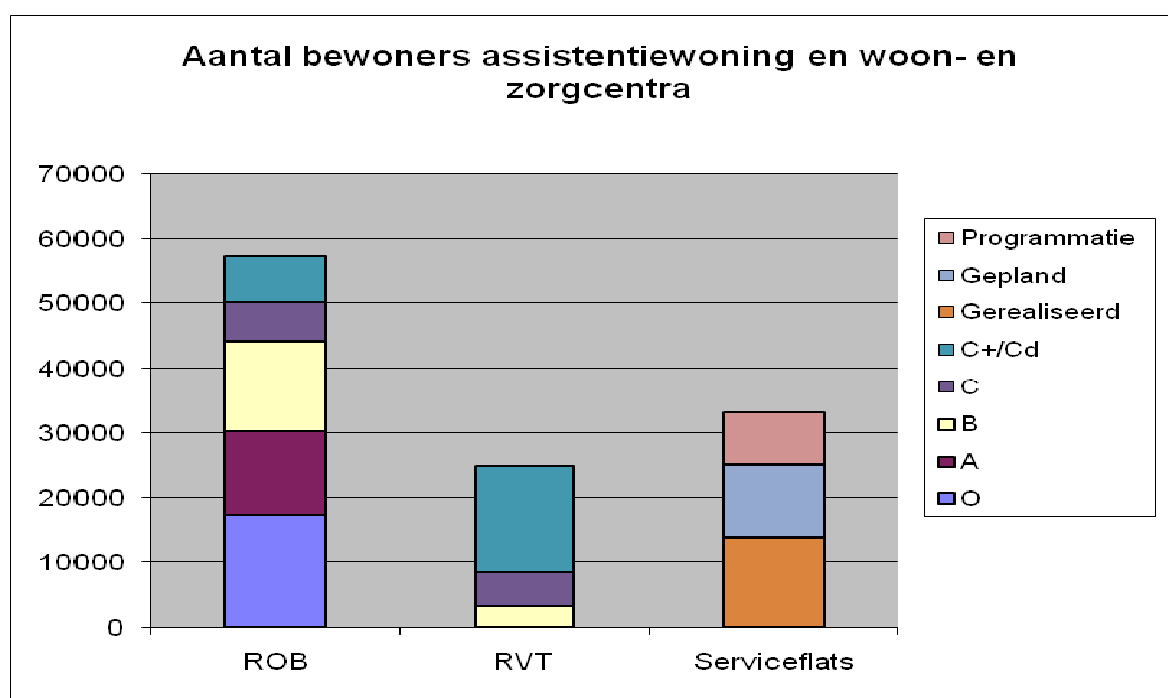
‘Het rusthuis van de toekomst is een voorziening met de woonkwaliteit van een serviceflat en de zorgintensiteit van een RVT’ was onze stelling een aantal jaren terug. Maar tussen droom en daad waren er wetten en decreten. Het woonzorgdecreet brengt deze toekomst wat dichterbij. Zij voorziet in een flexibele regelgeving voor de assistentiewoning zodat het aanbod de voorgenomen programmatiecijfers vlugger zal kunnen invullen, zodat een laagdrempelig alternatief voor de woonzorgcentra ontstaat dat ruimer beschikbaar is. Maar het is ook een verlengde van het woonzorgcentrum wanneer plaatsen in de serviceflat tijdelijk kunnen erkend worden als zorgintensief bed van een rusthuis, van waaruit ook de diensten worden verstrekt. Ouderen hoeven niet nog eens te verhuizen, maar kunnen met ‘de woonkwaliteit van hun flat’ toch de diensten van een RVT ontvangen.

Er is geen recente informatie beschikbaar over het zorggebruik van een serviceflatbewoner. Normaal doen zij verder een beroep op tal van thuiszorgdiensten en ook naar de toekomst toe kan dit het geval zijn. Maar tegelijk is het mogelijk dat

¹³ In de studie ‘Is de thuiszorg onderontwikkeld’ hebben wij dit verkend voor de thuisverpleging en de rusthuisopname. Belangrijke ontbrekende informatie was evenwel de informatie over gezinszorg en poetshulp. Er is geen enkele geïntegreerde administratieve informatiebron over dit zorggebruik. Zie Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008.

¹⁴ Zie ook Pacolet, Merckx & Peetermans (2008, p. 90) waar ook deze prijs wordt berekend.

de serviceflats effectief een aantal rusthuisplaatsen vervangen, en daar de zorg ook van krijgen. In onderstaande grafiek geven wij een recent beeld van het aantal rusthuisplaatsen naar zorgforfait, en de gerealiseerde, geplande en geprogrammeerde 'assistentiewoningen'. Hun relatief belang kan aanzienlijk zijn. Een volledige invulling van de programmatie zou het equivalent zijn van de O- en A-forfaits. Op dit moment komen de plaatsen in een assistentiewoning (in feite een semi-residentiële zorgvorm) boven de residentiële zorgplaatsen. Het is onduidelijk of het de bedoeling is om in de plaats te komen van een aantal rusthuisbedden (bv. de O en A, maar blijkbaar laat het beleid ook toe dat zelfs meer zorgintensieve bedden in een serviceflat tijdelijk kunnen erkend worden).



Bron: Programmatie-oefening verpleegkunde en Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, cijfers ROB en RVT uit toekomstverkenning voor 2010 verpleegkunde; cijfers serviceflats Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid 1 januari 2009 op basis van bevolkingscijfers 2014

Figuur 5.5 Relatieve omvang van ROB en RVT bedden in woonzorgcentra en gerealiseerde, geplande en programmatie assistentiewoningen (voorheen serviceflats); cijfers Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Gewest en Brussel)

Tabel 5.7 Impact invulling programmatie serviceflats

	ROB 2010	RVT 2010	Serviceflats 1/1/2009	
O	17 370			
A	13 011			
B	13 782	3 255		
C	5 929	5 228		
C+/Cd	7 245	16 553		
Totaal	57 336	25 036		
				Cumulatief
Gerealiseerd			13 881	13 881
Gepland			11 234	25 115
Programmatie			8 189	33 304

De vraag is welke de rol is van de assistentiewoning ten opzichte van de serviceflats. Zijn zij geprogrammeerd en bedoeld als alternatief voor de woon- en zorgcentra of komen zij er bovenop? Op basis van de huidige gebruikscijfers O en A voorzien wij in 2015 35 000 benodigde plaatsen; in 2014 laat de programmatienorm er 33 000 toe, waarvan er nu al bijna 14 000 gerealiseerd zijn, en nog eens 14 000 gepland. Wat zal overigens de invulling zijn van deze bijkomende plaatsen assistentiewoningen?

Het woonzorgdecreet voorziet een erg soepele mogelijkheid om deze serviceflats erkend te zien als woonzorgplaats, en indien men er kan blijven wonen zullen zij overigens het karakter krijgen van een B- en C-categorie in de rusthuizen. Dan zal zorggebruik dat vroeger in het rusthuis werd verstrekt door thuiszorgdiensten moeten aangeboden worden. Diensten die voorheen in de RIZIV-financiering en dagprijs vallen, zullen deels door RIZIV-thuisverpleging en gezinszorg en aanvullende thuiszorg moeten gepresteerd worden. Dit zal moeten meegenomen worden in het contingent uren gezinszorg.

Zolang de bewoners van de assistentiewoningen minder hulpbehoevend zijn kunnen zij ook verder beroep blijven doen op diensten verstrekt door thuiszorgdiensten als thuisverpleging, gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Nu viel de RIZIV-financiering van O- en A-forfaits erg beperkt uit, en zou een verdere inschakeling van thuiszorgdiensten waarschijnlijk zelfs beter publiek gefinancierd worden. De bewoner van een serviceflat heeft er belang bij dat dit erkend wordt als een thuiszorgsituatie.

6. Impact op het gebruik van de gezinszorg en schoonmaakhulp

Hierboven berekenden wij de impact van een mogelijke substitutie rusthuisbedden voor O- en A-forfaitcategorieën door meer thuiszorg. Hiervoor moesten wij

gegevens hebben over de zorgtijd per forfaitcategorie in de verschillende zorgsettings. Deze evidentie bespreken wij hier meer in detail.

Wat is de impact op de mogelijke zorgvraag naar thuiszorg wanneer bewoners van een woon- en zorgcentrum langer thuis blijven of in een assistentiewoning zullen opgenomen worden. Een aantal partiële indicatoren zijn hierover beschikbaar.

In bijlage geven wij informatie die ons moet toelaten om de invloed na te gaan van mogelijke verschuivingen in de residentiële zorg op het gebruik van gezinszorg en poetshulp. De informatie is niet gemakkelijk beschikbaar omdat geen geïntegreerd beeld beschikbaar is van gebruikers van residentiële zorg en van thuiszorg. Bovendien bestaat er binnen de residentiële zorg maar een beperkt zicht op de werkelijke allocatie van zorgtijd, en soorten zorgtijd naar graad van zorgbehoefte.

Probleem hierbij is het onderscheid tussen verpleegkundige en verzorgende tijd enerzijds en huishoudelijke hulp en onderhoud (schoonmaakhulp) anderzijds. Het onderscheid tussen verpleging, verzorging en hulp is moeilijk te maken, en het is de verzorgende die in een tussengebied opereert van zowel verpleegkundige, verzorgende en huishoudelijke taken.

Verschillende bronnen kunnen ons wel een partieel zicht geven.

Vooreerst zijn er de expliciete personeelsnormen die het RIZIV voorziet voor verzorgenden, in functie van de forfaitcategorie.

Deze is nihil voor de verzorgenden voor de O-categorie, en 0,8 VTE verzorgende per 30 rechthebbenden categorie A (aan 1 600 werkuren per jaar per VTE is dit 43 uren per rechthebbende per jaar). Wij baseren de berekeningen op basis van de personeelsnormen die golden in 2002. In bijlage B1.3 geven wij de aangepaste normen die gelden vanaf de invoering van het nieuwe financieringssysteem. Voor de hier beschouwde O- en A-categorieën is alleen de verhoging van het aantal verpleegkundigen per 30 bewoners van 0,8 tot 1,2 te noteren. Aangezien het RIZIV-personeel nog altijd aanzienlijk afwijkt van het werkelijk benodigde personeel gaan wij daar niet verder op in. In bijlage B1.3 geven wij wel de nieuwe personeelsnormen per 30 bewoners en omgerekend in uren per jaar per bewoner.

Tabel 5.8 Omrekening RIZIV normen voor verplegend en verzorgend personeel naar aantal uren per jaar

Personeelsnorm RIZIV voor ROB, in VTE per 30 bewoners					
	O	A	B	C	C+
Verpleegkundigen	0,25	0,95	2,10	3,75	4,10
Verzorgenden	0,00	0,80	4,00	5,00	5,06
Personeelsnorm RIZIV voor RVT, in VTE per 30 bewoners					
			B	C	Cd
Verpleegkundigen			4	5	5,0
Verzorgenden			5	6	6,5
Personeelsnorm RIZIV voor ROB, in uren per jaar per bewoner					
	O	A	B	C	C+
Verpleegkundigen	13,3	50,7	112,0	200,0	218,7
Verzorgenden	0,0	42,7	213,3	266,7	269,9
Personeelsnorm RIZIV voor RVT, in uren per jaar per bewoner					
			B	C	Cd
Verpleegkundigen			213,3	266,7	266,7
Verzorgenden			266,7	320,0	346,7

Bron: Eigen berekening op basis RIZIV-normen, zie bijlage

Het RIZIV financiert maar een deel van deze zorg. In bovenstaande tabel wordt duidelijk dat dit varieert van 13 uren per jaar voor de O-categorie (verpleegkundigen) tot 613 uren voor een Cd-forfait in de RVT's (verpleegkundigen en verzorgenden samen). In werkelijkheid is er meer verplegend en verzorgend personeel aanwezig in de rusthuizen, en dit wordt gefinancierd door de dagprijs.

Patrick Cokelaere (2001) zette in een beperkte registratie deze gegunde zorgtijd af tegen de werkelijke tijd nodig in de voorzieningen (zie tabel 5.9). Hij maakte het onderscheid tussen verpleging en verzorging en huishoudelijke taken. Deze laatste zijn quasi identiek voor alle zorgcategorieën aangezien zij worden uitgeoefend op het niveau van een voorziening. Verpleegkundig en verzorgende werk variëren van 2 uur (voor de O-categorie) tot 8 uur per week (voor de C-categorie). Maar er is geen informatie beschikbaar voor het aandeel verpleegkundige en verzorgende tijd.¹⁵ De studie van Cokelaere (zie ook onze studie over financiering rusthuizen Pacolet & Cattaert, 2004) illustreert de discrepantie tussen de werkelijke zorgtijd en de personeelsomkadering gefinancierd door de forfaits van de ziekteverzekering.

¹⁵ Wij kunnen de verpleegkundige en verzorgende tijd gaan opsplitsen volgens de RIZIV-normen, grosso modo alleen verpleegkundig werk bij categorie O, en 0,95/0,80 voor verhouding verpleegkunde/verzorgende in categorie A.

Tabel 5.9 Omrekening werkelijke tijdregistratie zorg in functie van forfaitcategorieën

	VPK/VZ	Huishoud.	
<i>Tijd in minuten per dag</i>			
O	18,8	21,2	
A	26,7	21,9	
B	41,6	20,9	
C	69,2	21,3	
Cd	66,8	18,6	
<i>Tijd in minuten per week</i>			
O	132	148	
A	187	153	
B	291	147	
C	484	149	
Cd	468	130	
	VPK/VZ	Huishoud.	Totaal
<i>Tijd in uren per jaar</i>			
O	114	128	243
A	162	133	294
B	252	127	379
C	420	129	548
Cd	405	113	518

Bron: P. Cokelaere, 2001

Een andere methode is dat wij de werkelijke personeelsverhoudingen in de rusthuissector in beeld nemen. Deze wijkt af van de wettelijke normen, bijvoorbeeld omdat er meer personeel is dan de zorgforfaits toelaten.

Voor het totale rusthuispersoneel berekenden wij in het verleden op basis van een steekproef van privé-rusthuizen de personeelsomkadering, naar beroep (Pa-colet & Cattaert, 2004). In onderstaande tabel zijn de cijfers per 30 personeelsleden in VTE weergegeven, en omgerekend naar uren per jaar per persoon.

Deze raming is redelijk volledig omdat het werkelijke aanwezige personeel wordt in rekening genomen, en dit voor de verschillende zorgcategorieën. Per bewoner hebben wij ongeveer 290 uren verzorgend personeel nodig, 206 uren verplegend en 185 uren onderhoud- en keukenpersoneel. In totaal 800 uren per bewoner.

Tabel 5.10 Omrekening omkadering per 30 bedden naar uren per jaar per persoon in een ROB/RVT, rond 2005

	VTE/30 personen	In uren per jaar per persoon (1 600 uren per VTE)
Verplegend	3,86	206
Verzorgend	5,49	293
Paramedisch	0,68	36
Totaal zorgpersoneel	10,02	534
Administratie	0,83	44
Animatie	0,28	15
Keuken	1,29	69
Onderhoud	2,17	116
Anderen	0,51	27
Totaal	15,1	805

Bron: Pacolet & Cattaert, 2004

De cijfers van Cokelaere komen redelijk goed overeen met een recente inschatting die door de VVSG (Elke Vastiau) werd gemaakt van de discrepantie tussen de zorgtijd gefinancierd in het RIZIV-forfait en de werkelijke zorgtijd. Zij berekende in minuten per dag (wij hebben het in tabel 5.11 terug omgerekend in uren per jaar) de zorgtijd die door het RIZIV is gefinancierd op basis van de personeelsnorm die zij voorzien, zoals wij ook veronderstellen in tabel 5.8. Voor een forfait O komt dit op 13,1 uren per jaar, en voor een forfait A op 105,1 uren per jaar. Dit is ongeveer gelijk aan de som van de berekening die wij in tabel 5.8 maken voor verpleegkundigen en verzorgende afzonderlijk. Daarnaast werd op basis van een registratie in 2007 bij een aantal rusthuizen van het aantal zorgminuten per bewoner met een O- en een A-profiel, de werkelijke zorgtijd geraamd. Een onderscheid werd gemaakt tussen directe zorg, met name 'zorg die dadelijk voor de bewoner zelf wordt verricht en direct toe te wijzen is. Het gaat hier om hulp bieden bij het wassen, hulp bij het kleden, hulp bij incontinentie, hulp bij eten of drinken, ...' Dit komt neer op 64 respectievelijk 189 uren per jaar voor de O- en de A-forfait-categorie. De indirecte zorg is zorg 'die de bewoner ten goede komt, maar niet individueel wordt verstrekt. Het gaat hier om het klaarzetten van de medicatie, opvolgen van de zorgenplannen, communicatie en overleg, ...' Deze tijd wordt identiek verondersteld voor de O- en A-categorie en geraamd op 46,8 uren per jaar. De 'woon- en leef functie' wordt blijkbaar niet verder in beeld gebracht, omdat zij door de bewoner zelf ('en de voorziening')¹⁶ wordt betaald. Op het eerste zicht

¹⁶ De studie van E. Vastiau gaat over het belang van het opnamebeleid voor het financieel evenwicht van deze voorzieningen. Blijkbaar moeten de voorzieningen naast de dagprijs van de bewoner en de RIZIV-inkomsten nog rekenen op tal van andere inkomstenbronnen (nota E. Vastiau, VVSG).

mogen wij deze zorgtijd genoteerd in 2007 door een aantal instellingen enkel vergelijken met de tijd verpleegkundigen en verzorgenden in tabel 5.9 ingeschat door P. Cokelaere in 2001. Voor de O-forfaits komt dit neer op exact hetzelfde aantal uren per jaar (112 versus 114). Voor de A-forfaits schat de openbare sector de zorgtijd al hoger in (met name 236 uren per jaar versus 162 uren in de raming van Cokelaere). Deze cijfers moeten enkel meegenomen worden als orde van grootte.

Tabel 5.11 Omrekening RIZIV norm en werkelijke tijdregistratie zorg volgens de VVSG in functie van forfaitcategorieën O en A

	Volgens RIZIV norm	Directe zorg werkelijk nodig	Indirecte zorg	Totaal
<i>Minuten per dag</i>				
O	2,15	10,63	7,7	18,3
A	17,27	31,07	7,7	38,8
<i>Uren per jaar</i>				
O	13,1	64,7	46,8	111,5
A	105,1	189,0	46,8	235,9

Bron: Elke Vastiau, Het belang van een opnamebeleid, VVSG, op basis van een registratie in 2007 bij een aantal rusthuizen van het aantal zorgminuten per bewoner met een O- en een A-profiel

Maar uiteindelijk zijn ook bovenstaande cijfers niet altijd representatief voor de werkelijke taakinhoud. Misschien is ook hier nood aan taakuitzuivering. Een aantal studies op basis van microgegevens kunnen informatie geven. Zo is in volgende tabel 5.12 informatie te vinden van de taakinhoud voor respectievelijk verzorgende en verpleegkundigen (situatie 2000). Zowel verzorgenden als verpleegkundigen hebben een identiek volume aan verzorgende taken dat zij opnemen, terwijl de strikt verpleegkundige taken al bij al beperkt zijn bij de verpleegkundige (13%) en nog lager bij de verzorgenden. Opvallend is ook het groot pakket aan logistieke taken dat beide moeten opnemen op dat moment.

Tabel 5.12 Indicaties van de taakdiversificatie in de residentiële ouderenzorg, in percentage van de totale zorg verstrekt door verpleegkundigen en verzorgenden

	Verpleegkundige % volume uren	Verzorgende % volume uren
Verzorgende taken	52	54
Verplegende taken	13	8
Logistieke taken	17	20
Administratieve taken	4	3
Communicatieve taken	4	4
Begeleidende taken	5	5
Andere	6	6

Bron: Mendonck et al., p. 84 en 86

Ook een studie van de professionele zorgtijd in een residentiële setting en thuis voor personen met dementie en een vergelijkbare referentiegroep van andere hulpbehoevende ouderen, leert ons iets over de benodigde volume en de structuur ervan (Misplon, Pacolet & Hedeboom, 2004). Wij zien nogmaals dat de thuiszorg in vergelijking met het rusthuis minder professionele zorgtijd impliceert, minder dan de helft, van de hier bekeken zorgtijd. De reden is (zie bijlage 2) dat de rest van de zorg door de mantelzorg wordt verstrekt. Een aantal zaken vallen verder op: in de thuiszorgsetting hebben wij gezinszorg en poetshulp niet onderscheiden, maar wel verpleegkunde. In de residentiële zorg wordt verpleegkunde en verzorgende meegenomen, terwijl onderhoud en keuken (logistieke hulp) wordt samen genomen. In de thuiszorg is huishoudelijke hulp als voorbereiden eten begrepen in het takenpakket van de verzorgende, terwijl de poetshulp instaat voor schoonmaakhulp.

Tabel 5.13 Zorgtijd in een residentiële en thuiszorgsetting voor personen met dementie en een controlegroep, 2002

Professionele zorgtijd	Controlegroep	Personen met dementie
<i>Minuten per week</i>		
Thuiszorg		
Gezinszorg en poetshulp	192	222
Verpleegkunde	58	128
Totaal	250	350
Residentiële zorg		
Verpleegkundigen en verzorgenden	409	568
Onderhoud en keuken	262	262
Totaal	671	830
<i>Uren per week</i>		
Thuiszorg		
Gezinszorg en poetshulp	3,2	3,7
Verpleegkunde	1,0	2,1
Totaal	4,2	5,8
Residentiële zorg		
Verpleegkundigen en verzorgenden	6,8	9,5
Onderhoud en keuken	4,4	4,4
Totaal	11,2	13,8
<i>Uren per jaar</i>		
Thuiszorg		
Gezinszorg en poetshulp	166,4	192,4
Verpleegkunde	50,3	110,9
Totaal	216,7	303,3
Residentiële zorg		
Verpleegkundigen en verzorgenden	354,5	492,3
Onderhoud en keuken	227,1	227,1
Totaal	581,5	719,3

Bron: Mispion, Pacolet & Hedebouw, 2004, zie bijlage 2

7. Implicaties voor de equivalentieregels in de regionale planning

In het regionale planningmodel dat ontwikkeld is door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is een equivalentieregel voorzien voor een plaats ROB/RVT en uren gezinszorg, 'LAT' logistieke hulp in het kader van de aanvullende thuiszorg en oppashulp. Men telt deze zorg op tot een totaal aantal uren 'basiszorg'. Afgezien van het feit dat de verschillende soorten zorg en hulp waarschijnlijk voortdurend apart zullen moeten geteld worden, komen de gehanteerde niveaus niet overeen met onze eerste lectuur van de werkelijke gepresteerde uren. Noch het normpersoneel, noch de inschattingen op basis van meting van de zorgtijd, noch van bevraging van de steekproef komen voor de rusthuizen uit op de in het

Möbius rekenblad gehanteerde cijfers. Zij lijken dan ook weinig realistisch.¹⁷ Een aanpassing is mogelijk op basis van onderstaande cijfers (tabel 5.14).

Zoals boven beschreven zijn er geen administratieve gegevens beschikbaar over de werkelijke zorgtijd verstrekt in de rusthuissector, en opgesplitst naar de onderscheiden soorten zorg en hulp. De cijfers van het regionaal model maken geen onderscheid tussen verpleegkundige en verzorgend werk, maar voegen er oppas-hulp bij. In de rusthuissector kan die oppas door verschillende beroepsgroepen aangeboden worden. Een aantal studies gingen wel in op de verpleegkundige, verzorgende en huishoudelijke taken, hier omgerekend naar uren zorg en hulp per jaar. De drie onderscheiden werksoorten samengeteld (verpleegkundig, verzorgend en huishoudelijke hulp, schoonmaak, keuken) levert een totaal aantal uren op tussen 240 tot meer dan 700 uren per jaar.

Het totaal aantal uren verschilt aanzienlijk in functie van de zorgcategorie. Bijgevolg zou die omrekening naar personeel per zorgforfait moeten meegenomen worden indien men de equivalentie wenst te berekenen voor verschillende zorgvormen.

Merk ook op dat een groot deel van het personeel in de rusthuizen ofwel door de RIZIV-financiering is gedekt, ofwel door de eigen bijdragen van de bewoner onder de vorm van de dagprijs. Indien men dit vergelijkt met thuiszorgsetting is er een aanzienlijke financiering door de Vlaamse overheid voor de gezinszorg en poetsdienst. Dit zou het voorwerp kunnen uitmaken van een nieuwe protocol tussen de overheden bevoegd voor het ouderenbeleid.¹⁸

¹⁷ Het belang van equivalentieregels blijkt ook uit het feit dat zij in het Protocol 2 tussen de diverse overheden over het te voeren ouderenbeleid werden opgenomen, en wel de volgende:

Ofwel: 1 Nieuw RVT bed

Ofwel: 3,21 Nieuwe ROB bedden Zo lang als aantal rusthuisbedden lager is dan 5,37 t.o.v. 100 60+

Ofwel: 2,61 Reconversie bestaande ROB bedden

Ofwel: 3,21 Nieuwe plaatsen kortverblijf

Ofwel: 0,89 Nieuwe PVT

Ofwel: 2,06 Plaatsen DVC

¹⁸ Het belang daarvan wordt geïllustreerd door volgend uitgangspunt omtrent de financiering in het aanhangsel nr. 3 bij het protocol 3 akkoord tussen de diverse overheden betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid, inzake de alternatieve en ondersteunende zorgvormen: 'Op jaarlijkse basis mogen de gemiddelde kosten voor de ziekteverzekering van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm (reeds bestaande en bijkomende financiering) per dag en per persoon in principe niet meer bedragen dan de prijs van 1 RVT-bed' (Belgisch Staatsblad, 06/08/2008, p. 41016). Dit lijkt ons een redelijk principe, alhoewel wij zelfs van oordeel zijn dat indien thuiszorg bijvoorbeeld een betere zorgvorm is dan een RVT zij ook duurder zou kunnen zijn. In ditzelfde aanhangsel komt die prijs neer op 58,33 euro per dag (Ibidem p. 41014).

Tabel 5.14 Vergelijking equivalentieregel model regionale planning met werkelijke zorgtijd op basis van een aantal studies, in uren (basis)-zorg per jaar

	Voorstel in model regionale strategische planning (in eenheden of uren basiszorg per jaar)			
	Gezinszorg	LAT	Oppashulp	Totaal basiszorg
ROB/RVT	1 000	300	200	1 500
SFG	300	0	0	300
DVC	500	150	100	750
CVK	1 000	300	200	1 500

ROB/RVT	Resultaat op basis van aantal studies (in uren per jaar)			
	Verplegend	Verzorgend	Logistiek	Totaal
Studie Pacolet & Cattaert	206	293	185	684
Cokelaere	114-405		128-133	243-548
Misplon, Pacolet & Hedeboom	355-492		227	582-719

Vergelijking thuis	Verpleging	Gezinszorg en poetshulp	Totaal
Populatie Alzheimerpatiënten en controlegroep ouderen (Misplon, Pacolet & Hedeboom)	50-111	166-192	217-303

	Verzorgend	Logistiek (reguliere diensten en andere)
Populatie mantelzorgpremie, uren gebruikers	414	200
Populatie mantelzorgpremie, uren populatie	137	72

Bron: PowerPoint Möbius 31 maart 2009 en tabellen rapport programmatie

8. Tot slot

In dit hoofdstuk werden een aantal verregaande alternatieve scenario's van 'desinstitutionalisering' opgeroepen. Deze zullen zich uiteraard niet van vandaag op morgen realiseren. De werkelijkheid zal geleidelijk evolueren. Het karakter van de residentiële voorzieningen zal ook veranderen, in infrastructuur, bewonersprofiel en personeelsprofiel en bestaafing. Dat maakt de scenario's niet onrealistisch. De evolutie zal ook niet radicaal in de richting van desinstitutionalisering kantelen, zodat men de tijd heeft om de impact op de vraag naar aangepaste thuiszorg beter in te schatten. Dan pas kan men de programmatiecijfers voor de thuiszorg beter inschatten. Om de beweging naar desinstitutionalisering mogelijk te maken kan men de programmatie voor thuiszorg voldoende ruim houden. Maar een uitspraak daarover dient ALLE thuiszorg in beeld te nemen.

HOOFDSTUK 6

BELEIDSAANBEVELINGEN EN BUDGETTAIRE IMPLICATIES

1. Beleidsaanbevelingen

1. De Vlaamse demografische situatie heeft specifieke kenmerken: de zeer zwaar zorgbehoevenden zullen binnen de komende 20 jaar met 100 000 eenheden stijgen, een toename van bijna 50%. Het zijn vooral de zeer oudere categorieën die zullen toenemen omdat precies vanaf 80 en zeker vanaf 85 jaar de kans op zware beperkingen sterk stijgt. En helemaal bijzonder is de leeftijdsgroep van de 90-jarigen: hun aantal zal verdriedubbelen in de komende 20 jaar. En zij verblijven in zeer hoge mate in residentiële instellingen. Plannen naar leeftijdscategorie lijkt dus zinvol te blijven, wel echter met de hierboven genoemde gradiënten op de eerste plaats.
2. De formele zorg voor ouderen is in Vlaanderen nu ruimhartiger dan in de beide buurlanden. Zeker de thuiszorg is daar minder uitgebouwd. Wel is die zorg er meer dan in Vlaanderen strikter gekoppeld aan de ADL-beperkingen. En is de medische component er minder aanwezig, maar wel intensiever (in Nederland). De Vlaamse thuiszorg lijkt daarmee aan uitzuivering toe: niet alleen met betrekking tot de paramedische inbreng maar ook de diverse functies van onderhoud, huishoudelijke zorg en personenzorg kunnen strikter worden afgebakend en gealloceerd.
3. Voor de gezinszorg kan de huidige programmatie in functie van de leeftijd weerhouden blijven; zij ligt immers nog steeds boven het gerealiseerde urencontingent en biedt daardoor een marge voor de uitbreidende vraag. Het huidige urencontingent is dan ook een minimum. Dit evenwel onder voorbehoud van een ongewijzigd beleid en aanbod. Met name is er zowel naar het takenpakket dat nu opgenomen wordt in de thuisverpleging als in het takenpakket van de poetshulp een herschikking mogelijk. Ook een toenemende desinstitutionalisering (minder sterke groei van het aantal rusthuisbedden) kan een verschuiving in de vraag naar gezinszorg met zich meebrengen (toenemende vraag). Tijdelijke erkenning van serviceflats (nu assistentiewoningen) als rusthuisbed kan daarentegen de vraag naar gezinszorg doen dalen. Maar tegelijk zullen gebruikers die voorheen op jongere leeftijd naar een serviceflat zouden

verhuizen geconfronteerd worden met een beperkter aantal plaatsen, zodat zij toch thuis moeten blijven en daar gebruik maken van de thuiszorgdiensten. Dus dat laatste effect zou wel eens beperkt kunnen zijn.

Een beleid dat desinstitutionalisering aanmoedigt zou een aanzienlijke verhoging met zich meebrengen van gezinszorg (die ook taken kan opnemen die nu door verpleegkundigen worden opgenomen), net zoals ook de thuisverpleging zelf zou moeten uitbreiden.

4. De diensten logistieke hulp in het kader van de aanvullende thuiszorg zijn complementair met de gezinszorg. Voor tal van gebruikers zien wij verder dat zij een alternatief zijn voor de private poetshulp en de poetshulp aangeboden door een ruim aanbod van dienstverstrekkers en gefinancierd via het systeem van de dienstencheques. In de mate dat men deze dienstvertrekkers zou continueren zouden er minder uren reguliere poetshulp nodig zijn.
In de mate dat er minder plaatsen in de rusthuizen zouden worden voorzien, zal het gebruik van poetshulp aanzienlijk toenemen. Dit zou zelfs een verdubbeling van het aantal uren kunnen impliceren. Ook zou een verdubbeling van het aantal uren poetshulp kunnen voortvloeien uit een betere taakverdeling met de gezinszorg. Ook dit bijkomende volume zou even groot kunnen zijn als het huidige urenpakket.
5. Wij noteren op basis van een steekproef bij de populatie van de zwaar hulpbehoevende personen (met name diegenen die een mantelzorgpremie krijgen in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering) reeds meer uren vrijwillige oppashulp dan er voorzien is bij de totale bevolking. Alhoewel onze berekeningen een overschatting zijn, is er vermoedelijk toch een grotere vraag naar deze diensten dan thans aangeboden en financieel ondersteund is.
6. Voor de programmatie van de hersteloordeelen gaan wij uit van het huidige gebruik van de hersteloordeelen die een minimumgrens is en het wenselijk gebruik dat blijkt uit een bevraging bij potentiële gebruikers. Op basis van een maximale bezetting komen wij voor Vlaanderen op een ondergrens van 725 plaatsen en een bovengrens van 1 345 plaatsen.
7. Voor de programmatie van het kortverblijf blijkt uit een recente studie dat de vraag naar tijdelijke opvang onder de vorm van kortverblijf zou neerkomen op 567 tot 708 plaatsen aan een bezettingsgraad van respectievelijk 100 en 80%. Dit is lager dan het vroegere programmatiecijfer (2 596 plaatsen). De minimumprogrammatie voorzien in het woonzorgdecreet van 3 plaatsen per gemeente of 921 plaatsen kan hier volstaan. Deze plaatsen komen in de plaats van rusthuisbedden, en hoeven niet noodzakelijk bovenop voorzien te worden. Het beleid van reconversie van rusthuisbedden dat ook tussen de diverse overheden is afgesproken moet hier in rekening worden genomen.

8. De programmatie van plaatsen in woonzorgcentra (ROB en RVT) is op dit ogenblik nog altijd boven het huidige gebruik. Een aanpassing van de programmatienorm in functie van de leeftijd is wel noodzakelijk (minder plaatsen voor de jongere leeftijdsgroepen, meer plaatsen voor de oudere leeftijdsgroepen). Het globale niveau van het programmatiecijfer kan mits deze aanpassing van het profiel evenwel behouden blijven ... tenzij er een beleid komt van desinstitutionalisering. De feitelijke situatie in bepaalde regio's toont aan dat een lager niveau van institutionalisering denkbaar is (tot ongeveer 20%) mits een meer dan proportionele toename van het gebruik van thuisverpleging en thuiszorg. Een meer radicaal beleid van desinstitutionalisering zou zijn om personen met nog een gunstig niveau van zelfredzaamheid minder gemakkelijk toe te laten tot het woon- en zorgcentrum. Een beleid dat er zou in lukken om alle O- en A-forfaits uit het rusthuis te houden, zou een reductie met zich meebrengen van het aantal benodigde plaatsen, maar zou dienen gecompenseerd te worden door meer klassieke thuiszorg, of thuiszorgalternatieven en thuiszorgondersteunende zorgvernieuwing. Ook plaatsen kortverblijf en dagverzorgingscentrum dienen hier bekeken te worden.

De programmatie zou verder dienen verbijzonderd te worden op basis van de zorgintensiteit, zorgvorm of afhankelijkheid van de bewoner. De verschillende forfaitcategorieën, het onderscheid plaatsen kortverblijf en dagverzorging, dient dus meegenomen te worden. De dagverzorgingscentra lijken een aparte voorziening te worden, terwijl kortverblijf wel thuishoort in het rusthuis. De plaats van de dagverzorgingscentra in de rusthuizen dient dan ook verder uitgeklaard.

9. Het aantal plaatsen voorzien in serviceflats dient verder gedifferentieerd te worden naar leeftijd, in plaats van de huidige programmatienorm van 2 per 100 60-plussers. Dit cijfer is tot nu toe gehanteerd bovenop de bestaande programmatienorm rusthuisbedden, alhoewel zij er duidelijk een alternatief voor vormt. Naarmate deze bedden tijdelijk kunnen erkend worden voor RIZIV-financiering van een rusthuis (ROB of RVT), dreigt zij er volledig in te kantelen, en wordt het programmatiecijfer assistentiewoningen nog minder gerealiseerd. Indien dit plaatsen voor zwaar zorgbehoevende personen worden, zullen minder plaatsen vrij komen voor meer zelfredzame personen. Indien daarboven minder plaatsen in rusthuizen beschikbaar komen voor meer zelfredzame personen (de O- en A-forfaits in het ROB, vandaag nog 1/3 van het aantal rusthuisbewoners), dan kan de vraag naar meer assistentiewoningen toenemen. De dienstverlening kan dan verstrekt worden vanuit de gezinszorg en de poetsdienst, wat daar ook de zorgvraag zou doen toenemen.
10. In bovenstaande aanbevelingen zijn tal van mogelijkheden tot substitutie aangetoond. Zij illustreren dat de programmatie niet meer afzonderlijk kan gebeuren, maar als een soort van communicerende vaten tussen verschillende zorgvormen. Projecten als zorgvernieuwing zoals afgesproken in de protocols tus-

sen de regeringen maar vooral ook het nieuwe woonzorgdecreet wensen deze transitie van de sector te stimuleren en te faciliteren. De sector zal hierin een nieuw evenwicht zoeken waarna het terug eenvoudiger wordt om zorggebruik naar de toekomst toe te programmeren. Belangrijk is hierbij dat de gebruikers van al deze voorzieningen niet dezelfde zijn, maar dienen onderscheiden te worden op basis van hun zorgintensiteit. Dan pas kan men de mogelijke substitutie in werkvolume en benodigde budgetten simuleren. Een eerste indicatie daarvan geven wij ten slotte in volgende synthesesetabel van de bovenstaande voorstellen en hun kostprijs. Deze oefening is zeer partieel omdat wij hier niet naar investeringskosten hebben gekeken, ook niet naar bijvoorbeeld medische verstrekkingen als verpleging die binnen de ziekteverzekering vallen, en het feit dat de publieke financiering van de residentiële sector bijna ook volledig door de ziekteverzekering is gefinancierd.

2. Budgettaire implicaties

De budgettaire implicaties van de alternatieve programmatievoorstellen zijn maar partieel te berekenen. Vooral op het vlak van de gezinszorg zijn er tal van veranderingen denkbaar die te maken hebben met een andere taakverdeling tussen thuisverpleging, gezinszorg en poetsdienst en het beleid van desinstitutionalisering. Dit kunnen evenwel elkaar compenserende bewegingen zijn. Een aantal van de aannames worden geïllustreerd in de afsluitende tabel 6.1.

Wanneer meer verzorgende taken worden opgenomen in de gezinszorg en minder huishoudelijke taken kan het huidige feitelijke gebruik of de programmatie toch nog volstaan. Deels een vervanging van gezinszorg door schoonmaakhulp (goed voor 3,6 miljoen uren minder) en deels een uitbreiding van de zorgvraag door minder O- en A'ers in de residentiële zorg (goed voor 4,1 miljoen uren meer) brengt het totaal aantal uren benodigde hulp in de buurt van wat reeds wordt gesubsidieerd (± 16 miljoen uren). Het benodigde budget blijft ongeveer constant. Ook een mogelijke substitutie van thuisverpleging zou hier verder moeten bekeken worden. Meer poetshulp ter vervanging van de gezinszorg (plus 3,6 miljoen uren) en meer hulp thuis aangeboden aan de personen die thans in een residentiële voorziening verblijven (plus 4 miljoen uren) doet het totaal volume aan uren poetshulp quasi verdrievoudigen. Budgettair veronderstellen wij voor gezinszorg en poetshulp hier voorlopig dezelfde kostprijs per uur. Het benodigde budget zou dienen te verdrievoudigen.

De programmatie in de gezinszorg en poetshulp dient dus complementair gezien te worden met de verschuivingen in de residentiële zorg. Erkenning van assistentiewoningen als rusthuisbed en bijhorende dienstverlening naar de assistentiewoningen zal de vraag naar thuiszorg doen dalen. Indien tegelijk personen die thans verzorgd worden in een rusthuis onder een O- of A-forfait langer thuis

verzorgd worden, of in nieuw te bouwen assistentiewoningen, zal de vraag naar thuiszorg terug stijgen.

Voor de uren oppasdienst geven wij geen alternatieve ramingen. Een eerste analyse van de uren oppashulp van een steekproef van zwaar hulpbehoevenden laat zien dat daar een aanzienlijk aantal uren oppashulp wordt verstrekt, zowel door vrijwilligers als 'betaalde' krachten die nog niet zijn terug te vinden in de overheidsprogrammatie ... en overheidsbudgetten. Dit dient verder onderzocht te worden.

De te voorziene rusthuisplaatsen kunnen dalen, zoals in sommige regio's kan geobserveerd worden en indien men een beleid zou voeren om het aantal personen met een O- en A-profiel langer thuis te verzorgen. Het aantal rusthuisplaatsen kan ook beperkt worden als de assistentiewoningen tijdelijk erkend worden. In beide gevallen zijn plaatsen van assistentiewoningen niet meer vacant of zullen meer gevraagd worden, zodat dit aantal plaatsen wel zal verhogen. Een beter zicht op het profiel van de huidige bewoners van een serviceflat en de wijze dat zij (en dat is een kwestie van vraag en aanbod) in aanmerking zullen komen in de komende jaren voor opname in een rusthuis (of erkenning als verblijvend in een rusthuisbed) kan uitwijzen in welke mate de capaciteit van serviceflats dient uitgebreid te worden.

Een deel van de rusthuiscapaciteit komt ook in aanmerking als plaats voor een kortverblijf. Daar lijkt het huidige aanbod zelfs lager te mogen zijn dan de huidige programmatie en lijkt de nieuwe norm voorzien in het woonzorgdecreet te volstaan. Of dit voldoende ambitieus is als vorm van zorgvernieuwing blijft nog de vraag.

Een deel van de behoefte aan kortverblijf wordt opgevangen door plaatsen in een herstelverblijf. Deze zouden een extra financiële last voor de Vlaamse begroting impliceren, wat althans voor de werking, minder het geval is voor plaatsen kortverblijf. Tenslotte zou een meer expliciete programmatie van plaatsen dagverzorgingscentra aangewezen zijn.

In tabel 6.1 vatten wij een aantal mogelijke scenario's in de residentiële sector nog eens samen. Het voor 2010 geraamd aantal rusthuisbedden (gebaseerd op gebruikscijfers van 2006) ligt met 82 372 plaatsen nog beneden het programmatiecijfer. Indien er geen O- en A-bedden meer zouden weerhouden worden, kan dit aantal met meer dan 25 000 eenheden dalen (wij nemen de cijfers van 2005). Het is ongeveer 30% lager dan het huidige cijfer. Indien wij voor gans Vlaanderen het gebruikscijfer van Limburg zouden hanteren, kan het aantal plaatsen dalen tot ongeveer 80% van het huidige gebruik. Indien deze hulpbehoevende personen in assistentiewoningen zouden verblijven, en daar ook blijven terwijl zij (tijdelijk) erkend worden als plaats in een woonzorgcentra, zouden de overige bedden verder kunnen afnemen tot 70% van het huidige gebruik. Maar niets garandeert dat er geen nieuwe vraag bijkomt naar assistentiewoningen. Bijvoorbeeld zouden de personen die met een O- en A-forfait en thans verblijvend in een rusthuis een bij-

komende vraag naar assistentiewoningen kunnen uitmaken. Dan moet de programmatie van assistentiewoningen worden opgetrokken.

Wij gaan niet verder in op de verschuivingen in de budgettaire verantwoordelijkheid voor de financiering van de verschillende zorgvormen, aangezien personen kunnen transiteren van zorgsettings waar verpleging en verzorging aan de ene kant valt binnen de ziekteverzekering en aan de andere kant in de eigenbijdrageregeling (dagprijs) naar situaties waar de zorg meer ten laste komt van gezinszorg en overige huishoudelijke hulp, waarvan de financiering ten laste valt van de Gemeenschappen. De totale benodigde budgetten per persoon en macro-economisch kunnen ook aanzienlijk verschillen. De transparantie, en bijgevolg het inzicht, van de werkelijke kostprijs van het rusthuis, ondermeer door de instellingsfinanciering die thans gehanteerd wordt, is trouwens volledig aan het verdwijnen. Waar snijpunten liggen waar de ene zorgvorm duurder wordt dan de andere, en in welke mate, en voor wie, en in welke mate accepteerbaar, is ook een element dat niet kon verder uitgewerkt worden binnen het kader van dit onderzoek, maar is dringend nodig. Zeker wanneer het beleid de zorgvraag en het zorgaanbod in de ene of de andere richting wenst te sturen. Dan moet zij weten wat de kostprijsimplicaties zijn, voor ALLE belanghebbenden.

Tabel 6.1 Budgettaire implicaties van een aantal hypothesen omtrent het zorggebruik

	Volume	Eenheidsprijs (in €)	Budget (in miljoen €)
<i>Gezinszorg</i>	Uren	Prijs per uur	
Geprogrammeerde uren	18 022 705	24,52	441,9
Maximaal subsidiabel urencontingent 2008	15 562 464		381,6
Vervanging door poetshulp	-3 604 541		-88,4
Vervanging residentiële zorg (O & A)	4 087 901		100,2
Vervanging door poetshulp en opvangen residentiële zorg	16 045 824		393,4
<i>Logistieke hulp (programmatie 2010)</i>	Uren	Prijs per uur	
Huidige programmering	3 866 129	24,52	94,8
Vervanging rustoordbedden (O & A)	3 953 775		96,9
Vervanging van gezinszorg	3 604 541		88,4
Totaal huidige gebruik en vervanging van gezinszorg en rustoordbedden	11 424 445		280,1
<i>Oppasdienst (gepresteerde uren 2007)</i>	Uren		
Waarvan vrijwillige oppas	768 000		
Waarvan professionele oppas	135 225		
<i>Herstelverblijf</i>	Plaatsen	Prijs per dag	
Bezetting 100% minimum	725	54,76	14,5
Bezetting 100% maximum	1 345		26,9
<i>Kortverblijf</i>	Plaatsen		
Huidige programmatie	2 596		
Bezetting 100% minimum	567		
Programmatie nieuw decreet	921		
<i>Woonzorgcentra</i>	Plaatsen		
Programmatie 2010	85 646		
Huidig gebruik 2010 (gebaseerd op gebruikscijfers 2006)	82 372		
O- en A-bedden 2005	25 572		
Huidig gebruik zonder O en A	56 800		
Als % van het huidig gebruik	69%		
Met gebruikscijfers van regio met lage gebruikscijfers	65 074		
Als % van het huidig gebruik	79%		
Gebruik bij maximaal aantal assistentiewoningen erkend als woonzorgcentra	57 257		
Als % van het huidig gebruik	70%		
<i>Assistentiewoning</i>	Plaatsen		
Programmatie 2009	33 304		
Gerealiseerd en gepland 2009	25 115		
Bijkomende vraag ter vervanging O- en A-bedden 2005	25 572		
Totaal huidig aantal plaatsen en ter vervanging O- en A-bedden	50 687		

BIJLAGEN

Bijlage 1/ Normpersoneel rusthuisbedden, situatie 2002 en sinds 1 januari 2004 (nieuwe financieringsstelsel voor de rusthuizen)

Tabel B1.1 RIZIV-personeelsnormen in ROB's, aantal VTE per 30 rechthebbenden, vanaf 1 januari 2002

	O	A	B	C	C+
Verpleegkundigen	0,25	0,95	2,10	3,75	4,10
Verzorgenden	0,00	0,80	4,00	5,00	5,06
Ergo/logo/kine	Voldoende	Voldoende	Voldoende	Voldoende	Voldoende
Paramedici	0,00	0,25*	0,50	0,35	0,385

* 0,25 paramedisch personeel of verpleegkundig personeel.

Bron: RIZIV (2002), geciteerd in manpowerplanning Plus est en vous, prognose vraag

Tabel B1.2 RIZIV-personeelsnormen in RVT's, aantal VTE per 30 rechthebbenden, 2001

	B	C	Cd
Verpleegkundigen	4,0	5,0	5,0
Verzorgenden	5,0	6,0	6,5
Ergo/logo/kine	1,0	1,0	1,0
Paramedici	0,5	0,5	0,5

* Deze normen werden vastgelegd per MB 25 februari 2000, en zijn van toepassing vanaf 1 januari 2000.

Bron: RIZIV (2001) geciteerd in manpowerplanning Plus est en vous, prognose vraag

Tabel B1.3 Nieuwe RIZIV-personeelsnormen in ROB en RVT, geldig vanaf 1 januari 2004, in aantal VTE per 30 rechthebbenden en omgerekend in aantal uren per jaar per bewoner

Personeelsnorm RIZIV voor ROB, in VTE per 30 bewoners						
	O	A	B	C	C+	
Verpleegkundigen	0,25	1,2	2,1	4,1	4,1	
Verzorgenden	0	0,8	4	5,06	6,06	
Reactivering			0,35	0,385	0,385	
Personeelsnorm RIZIV voor RVT, in VTE per 30 bewoners						
			B	C	Cd	Cc
Verpleegkundigen			5	5	5	7
Verzorgenden			5	6	6,5	12
Kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist			1	1	1	1
Reactivering			0,1	0,6	0,6	1,5
Personeelsnorm RIZIV voor ROB, in uren per jaar per bewoner						
	O	A	B	C	C+	
Verpleegkundigen	13,3	64,0	112,0	218,7	218,7	
Verzorgenden	0,0	42,7	213,3	269,9	323,2	
Personeelsnorm RIZIV voor RVT, in uren per jaar per bewoner						
			B	C	Cd	Cc
Verpleegkundigen			266,7	266,7	266,7	373,3
Verzorgenden			266,7	320,0	346,7	640,0

Bron: RIZIV (2003) Rustoorden voor bejaarden. Rust- en verzorgingstehuizen. Nieuw financieringssysteem vanaf 1 januari 2004

Bijlage 2/ Zorgtijd ouderen thuis en in residentiële voorziening, Qualidem-studie

Tabel B2.1 Gemiddelde professionele en informele zorgtijd bij dementerende personen in de thuiszorg, in minuten per week (2002)

	Controlegroep (n=48)	Groep demen- terenden (n=28)	Sign. niv. F-waarde*	Pilootstudie [*] (n=31)
Professionele zorgtijd:				
Gezinszorg en poetshulp	192	222	n.s.	307
Verpleegkundige	58	128	0,05	221
Maatschappelijk werk	12	0	n.s.	2
Kinesist	9	24	n.s.	75
Huisarts	7	11	n.s.	14
Andere	-	-		32
Totaal professionele zorg- tijd	278	385	n.s.	651
Informele zorgtijd:				
Persoonlijke verzorging	36	198	0,001	1 802
Praktische hulp	174	696	0,001	1 650
Toezicht en gezelschap	774	1 374	n.s.	1 625
Totaal informele zorgtijd	984	2 268	0,05	5 077

* Misplon, Pacolet & Hedeboom en Pacolet, Hedeboom & Winters (2001), De kost van de zorg voor Alzheimerpatiënten in Vlaanderen en Europa. Resultaten van een pilootstudie in Vlaanderen, Finland, Griekenland, Ierland en Spanje, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

n.s.: Verschil is niet significant.

Bron: Misplon, Pacolet & Hedeboom, 2004

Tabel B2.2 Gemiddelde professionele zorgtijd bij dementerende personen in de residentiële zorg, in minuten per week (2002)

	Controlegroep (n=22)	Groep dementerenden (n=99)	Sign. niv. F-waarde*
Verpleegkundigen & verzorgenden	409	568	0,10
Kinesist	41	39	n.s.
Huisarts	4	4	n.s.
Maatschappelijk werk	1	0	n.s.
Totaal	455	611	n.s.
Geschatte indirecte tijd voor onderhoud en keuken	262	262	
Totaal professionele tijd	717	873	

n.s.: Verschil is niet significant.

Bron: Misplon, Pacolet & Hedebouw, 2004

Tabel B2.3 Gemiddelde zorgtijd van verpleegkundigen en verzorgenden in de residentiële zorg, in minuten per week (2002)

	Controlegroep (n=22)	Groep dementerenden Score O, A of B op de Katz-schaal (n=45)	Groep dementerenden Score C of Cd op de Katz-schaal (n=54)
Verpleegkundigen & verzorgenden	409	399	717

Bron: Misplon, Pacolet & Hedebouw, 2004

Bijlage 3 / Zorgtijd residentiële zorg, tijdregistratie P. Cokelaere (zie Vlaams Zilver, 2001)

Tabel B3.1 Raming werkelijke zorgtijd in rusthuis op basis van tijdregistratie, in minuten per dag

	O	A	B	C
<i>Per dag, in minuten</i>				
Verpleging en verzorging	16	27	41	69
Huishoudelijke zorg	21	21	21	21
Tijd voorzien door RIZIV budget ROB	2	9	50	72
Tijd voorzien door RIZIV budget RVT			81	113
<i>Per week, in minuten</i>				
Verpleging en verzorging	112	189	287	483
Huishoudelijke zorg	147	147	147	147
Tijd voorzien door RIZIV budget ROB	14	63	350	504
Tijd voorzien door RIZIV budget RVT			567	791

Bron: P. Cokelaere, 2001

Tabel B3.2 Impact uitsluiting O en A bedden op zorgtijd: gehanteerde parameters

<i>RIZIV normen verpleegkundigen, VTE per 30 plaatsen</i>	
O	0,25
A	0,95
<i>RIZIV normen verzorgenden, per 30 plaatsen</i>	
O	0,0
A	0,8
<i>Werkelijke zorgtijd volgens Cokelaere, verzorgende en verpleegkundige, in uren per jaar</i>	
O	114
A	162
<i>Werkelijke zorgtijd volgens Cokelaere, huishouden, in uren per jaar</i>	
O	128
A	133
<i>Thuiszorg, in uren per jaar voor populatie mantelzorgpremie, uren per jaar bij gebruikers</i>	
Alternatief in de thuiszorg	
Gezinszorg	413,9
Schoonmaakhulp	200,0
<i>Thuiszorg, in uren per jaar voor populatie mantelzorgpremie, uren per jaar bij populatie</i>	
Alternatief in de thuiszorg	
Gezinszorg	136,7
Schoonmaakhulp	72,0

Bijlage 4/ Gebruik van een aantal thuiszorgdiensten op basis van de gezondheidsenquête

TVP = thuisverpleging

GBH = gezins- en bejaardenhulp

PD = poetsdienst

WM = warme maaltijden

Tabel B4.1 Omvang thuiszorg op basis van WIV gezondheidsenquête 1997-2004

WIV gezondheidsenquête 1997						
	Totaal gebruikers zonder privé	TVP	GBH+PD	WM	Privé	Alleen privé
VL.	185 329	123 282	74 183	19 402	72 713	61 920
Br.	37 758	20 242	21 996	9 470	24 125	19 967
Wall.	149 643	115 940	46 180	11 552	71 239	56 933
België	372 731	259 463	142 360	40 424	168 077	138 820
WIV gezondheidsenquête 2001						
	Totaal gebruikers	TVP	GBH	WM		
VL.	430 266	330 788	169 239	54 166		
Br.	44 688	35 970	13 652	7 027		
Wall.	283 994	235 256	62 397	29 203		
België	758 949	602 015	245 288	90 396		
WIV gezondheidsenquête 2004						
	Totaal gebruikers	TVP	GBH	WM		
VL.	413 385	332 079	102 604	45 410		
Br.	57 645	42 065	16 890	8 230		
Wall.	278 453	237 263	48 183	25 031		
België	749 483	611 407	167 677	78 670		

Bron: Eigen berekeningen op basis van gezondheidsenquêtes, zie ook Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008

Tabel B4.2 Omvang thuiszorg, detail op basis van WIV Gezondheidsenquête 1997-2004, aantal gebruikers

WIV gezondheidsenquête 1997																
Regio	Geen thuiszorg	TVP	TVP en GBH	TVP en WM	TVP en PD en WM	TVP en PD	TVP en GBH en WM	TVP en GBH en PD	TVP en GBH en PD en WM	GBH	GBH en WM	GBH en PD	GBH en PD en WM	WM	PD en WM	PD
VL.	4 556 472	101 528	7 286	584	0	4 834	410	5 620	3 019	20 671	1 779	3 776	3 434	9 034	1 142	22 211
Br.	832 255	13 742	3 932	172	112	0	982	1 022	280	7 702	699	758	379	1 736	5 110	1 132
Wall.	2 529 986	98 983	9 498	879	130	3 338	135	2 313	663	14 098	5 681	5 033	225	3 472	368	4 828
België	7 918 714	214 253	20 716	1 635	242	8 172	1 527	8 956	3 962	42 472	8 159	9 568	4 038	14 242	6 620	28 171
Gebaseerd op gebruik thuiszorgdiensten, zonder privé-poetsdiensten																
WIV gezondheidsenquête 2001																
Regio	Geen gebruikers thuiszorg	TVP	Aantal gebruikers thuiszorg								WM	PD	WM en PD	WM	PD	
			TVP en GBH	TVP en WM	TVP en GBH en WM	TVP en GBH en WM en PD	GBH	GBH en WM	GBH en PD	GBH en WM en PD						
VL.	5 163 159	216 446	85 112	6 720	20 278	2 232	70 456	11 817	1 854	0	15 352					
Br.	915 527	24 606	6 538	1 690	3 137	0	6 518	378	0	219	1 603					
Wall.	2 829 341	195 768	22 957	9 912	6 619	0	36 066	3 374	0	0	9 298					
België	8 908 027	436 820	114 606	18 322	30 034	2 232	113 040	15 568	1 854	219	26 252					
WIV Gezondheidsenquête 2004																
Regio	Geen gebruikers thuiszorg	TVP	Aantal gebruikers thuiszorg								WM	PD	WM en PD	WM	PD	
			TVP en GBH	TVP en WM	TVP en GBH en WM	TVP en GBH en WM en PD	GBH	GBH en WM	GBH en PD	GBH en WM en PD						
VL.	5 162 876	266 878	43 504	4 790	16 907	0	55 949	2 922	229	0	20 790	1 416				
Br.	932 580	34 744	5 388	451	1 483	0	9 164	2 219	119	0	4 077	0				
Wall.	2 860 650	208 895	20 577	4 885	2 906	0	23 232	4 374	0	0	12 866	718				
België	8 956 106	510 516	69 469	10 126	21 296	0	88 345	9 515	348	0	37 733	2 134				

Bron: Eigen berekeningen op basis van gezondheidsenquêtes, zie ook Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008

Bijlage 5/ Belang van de diverse werksoorten thuiszorg in Familiehulp

Tabel B5.1 Overzicht zorgaanbod naar professionele diensten aangeboden door Familiehulp: beschrijving werksoort en gepresteerde uren in 2008*

Gezinszorg	PIT (Professioneel in Thuisondersteuning)	Logistieke Hulp (poetsdienst)
Dagelijks en wekelijks toilet De lichaamverzorging Het bereiden van maaltijden De was en strijk Het onderhoud van de woning	Binnen het systeem van dienstencheques en in de eerste plaats gericht naar tweeverdieners: - onderhoud van de woning - was en strijk - maaltijden bereiden - klein verstellwerk	- Wekelijks onderhoud van de woning - Strijk, afwas of het opwarmen van een maaltijd bij zorgbehoevende cliënten - Algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning
5 478 867	2 744 849	1 820 866

* De overige gepresteerde uren voor deze dienst waren: 141 455 uren Oppas; 93 574 uren Opvang zieke kinderen, 13 554 uren Karweihulp en 1 929 uren Vervoer (Jaarverslag Familiehulp 2008, p. 21).

Bron: Jaarverslag Familiehulp, 2008

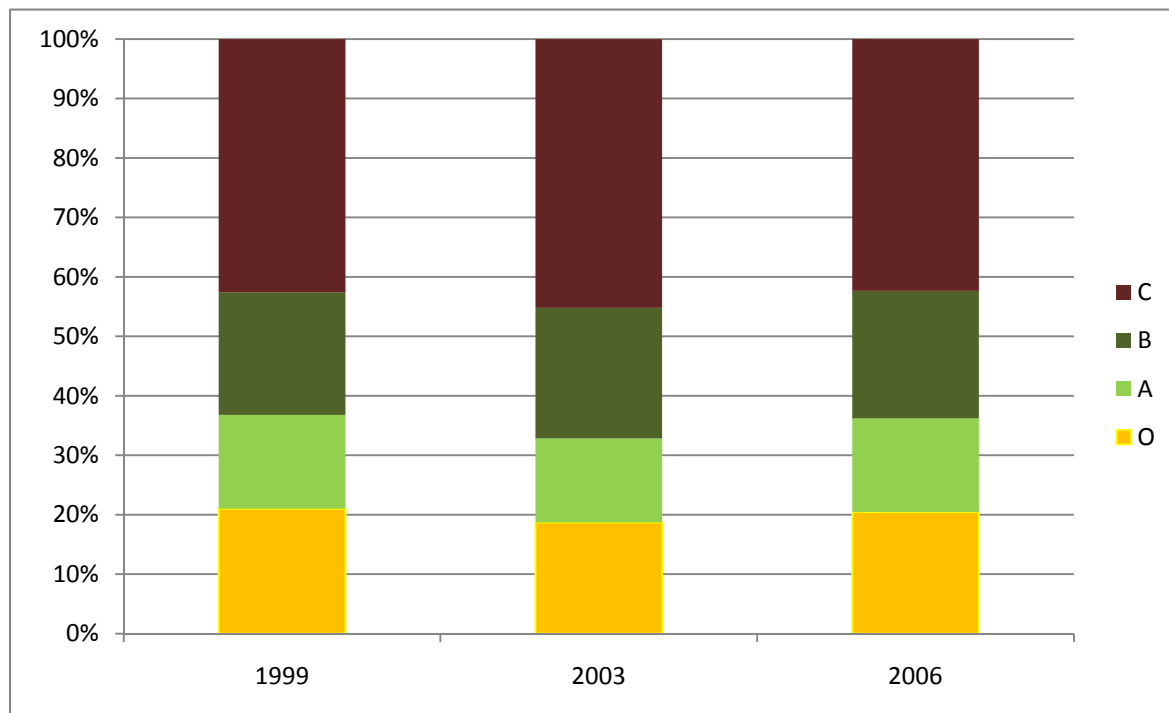
Bijlage 6 / Beschikbaarheid van zorgtijd in internationaal perspectief

Tabel B6.1 Zorgtijd, in aantal personen en VTE per honderd 65-plussers (raming), vergelijking Vlaanderen

	Verpleegkundigen		Verzorgenden		Poetshulp		Totaal	
	Aantal	VTE	Aantal	VTE	Aantal	VTE	Aantal	VTE
Frankrijk							1,28	
Thuiszorg	0,22		0,20		0,49	0,49	0,92	
Instellingen	0,3		0,9				1,2	
Totaal	0,5		1,1		0,5		2,1	
Vlaanderen								
Thuiszorg	1,2	0,8	1,2	1,0	1,0	0,6	3,4	2,4
Institutioneel	1,2	0,8	1,6	1,0	1,1	0,7	3,8	2,5
Totaal	2,3	1,6	2,8	2,0	2,1	1,3	7,2	4,9
Nederland								0,7
Thuiszorg	0,4	0,3	3,3	1,7	2,7	0,5	6,4	2,4
Institutioneel	0,6	0,4	4,1	2,5	0,6	0,4	5,3	3,3
Totaal	1,1	0,6	7,3	4,2	3,3	0,8	11,7	5,7
Duitsland	Krankenschwester und Helfer	Altenpfleger und Helfer	Sonstiger	Ohne	Rest		Total	
Thuiszorg	0,5	0,3	0,5	0,1			1,3	
Instellingen	0,5	0,9	0,5	0,7			2,6	
Totaal	1,0	1,1	0,9	0,8			3,9	

Bron: Berekening Pacolet op basis van diverse nationale bronnen

Bijlage 7/ Evolutie forfaitcategorieën in rusthuissector Vlaanderen, 1999-2003-2006



Bron: Eigen berekeningen op basis van RIZIV-gegevens

Figuur B7.1 Evolutie aandeel forfait-categorieën ROB- en RVT in Vlaanderen

BIBLIOGRAFIE

- Boonen C. & Pacolet J. (red.) (2001), *Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg*, LICAP, Brussel.
- Bussemaker J. (2008), *Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2009*, Ministerie VWS, Den Haag.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (2004), *Leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen – luik 1 (LOVO-1)*, versie mei 2004, cd-rom, CBGS, Brussel.
- Geerts J. (2009), 'Gebruik van formele en informele zorg door ouderen. Vlaanderen/België in Europees vergelijkend perspectief,' in B. Cantillon, K. Van den Bosch & S. Lefebure (eds.), *Ouderen in Vlaanderen en Europa. Tussen vermogen en afhankelijkheid*, Acco, Leuven, p. 155-189.
- Hedebouw G. & Merckx S. (2007), *Naar een nieuwe programmatienorm voor de diensten gezinszorg in Vlaanderen*, Intern document, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Hedebouw G. & Spruytte N. (2007), *Tijdelijke opvang voor personen met zorg*, HIVA-K.U.Leuven, LCM-Brussel.
- Malley J., Comas-Herrera A., Hancock R., Juarez-Garcia A., King D. & Pickard L. (2006), *Expenditure on social care for older people to 2026: Projected Financial implications of the Wanless Report*, PSSRU Discussion Paper 2332, Londen.
- Mendonck K. & Meulemans H. (2000), *Tijd voor zorg. Een analyse van de zorgverlening in de gezondheids- en welzijnssector*, VUB Press, Brussel.
- Misplon S., Pacolet J. & Hedebouw G. (2004), 'Time to care and costs of care for elderly persons with dementia', *Archives of Public Health*.
- Pacolet J. & Cattaert G. (2004), *Het silhouet van de bewoners achter de gevel van het woon- en zorgcentrum, op zoek naar een wetenschappelijke objectivering van een nieuw financieringsmodel voor het woon- en zorgcentrum*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., De Wispelaere F. & Cabus S. (2010, te verschijnen), *De werkelijke kostprijs van de dienstencheques*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Hedebouw G., Spruytte N. & Peetermans A. (2006), *Op weg naar een geïntegreerd woon- en zorgdecreet*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Merckx S. & Peetermans A. (2008), *Is de thuiszorg onderontwikkeld?*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Merckx S., Spruytte N. & Cabus S. (2009), *Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

- Pacolet J., Spruytte N. & Merckx S. (2008), *Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoefte zieken thuis: belang van de Vlaamse Zorgverzekering*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Quist H. & Swarte M. (2006), *Aard en omvang Wmo-doelgroep*, SGB0, Den Haag.
- Sociaal Economische Raad (2008), *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, publicatienummer 3, Den Haag.
- Spruytte N. & Hedeboew G. (2008), 'Tijdelijke (residentiële) opvang als ondersteuning van de thuiszorg', *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jaargang 32, nr. 296, december 2008, Brussel.
- Van Camp G. & Pacolet J. (2007), *What triggers a request for nursing home admission? A Belgian empirical study points out the matter of instrumental activities of daily life*, niet gepubliceerde mimeo.
- Van Oyen G., Cox B., Demarest S., Deboosere P. & Lorant V. (2008), 'Trends in health expectancy indicators in the older adult population in Belgium between 1997 and 2004', *European Journal of Ageing*, volume 5, nr. 2, p. 137-146.
- Vastiau E. (2008), 'Het belang van een opnamebeleid', nota VVSG in E. Vastiau, A. Herpels & J. De Moor (red.), *Handboek residentiële ouderenzorg, beheer en beleid*, Politeia in samenwerking met de VVSG en de VDOR.
- Ver Heyen W. & Vandenbrande T. (2005), *Proxima. Beleving en verbetering van de arbeidssituatie van gezinsverzorgenden in Vlaanderen*, HIVA-K.U.Leuven, m.m.v. J. Defourny, M. Deschamps, F. Fecher, G. Hedeboew, M. Hubin, X. Leroy, D. Mignot, E. Samoy & N. Van Landeghem.
- VVSG (2006), *Gezinszorg in de kijker*, Niet-gepubliceerd verslag VVSG-studiedag, Antwerpen, 1 december 2006, VVSG, Brussel.
- Wanless D. (2006), *Securing Good Care for Older People, taking a long-term view*, King's Fund, Londen.

De Vlaamse overheid keurde in maart 2009 het Woonzorgdecreet goed. Het omvatte een ingrijpende hertekening van de thuiszorg-diensten en de residentiële en semi-residentiële zorg voor ouderen en hulpbehoevende personen. De uitvoeringsbesluiten voorzagen ook nieuwe programmatienormen. In opdracht van de Vlaamse Overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verschaft dit rapport inzicht in welke zin deze programmatienormen verder dienen te evolueren.

Het onderzoek vertrekt van een verkenning van de relatie tussen de demografische evolutie en hulpbehoevendheid en van een tweetal buitenlandse voorbeelden. Daarnaast wordt diverse bestaande of nieuwe evidentie aangebracht om de huidige programmatienormen aan te passen of te verbeteren. Voor de gezinszorg, de schoonmaakhulp, de vrijwillige en professionele oppashulp, de woon- en zorgcentra en assistentiewoningen, de centra voor herstelverblijf en kortverblijf worden kritische bedenkingen gemaakt bij de huidige programmatienormen en worden voorstellen gedaan voor aanpassingen. Daarenboven worden scenario's aangebracht voor een meer verregaand beleid van desinstitutionalisering, en de mogelijke substitutie dat dit zou impliceren in de zorgvraag.

Toch worden geen nieuwe definitieve programmatienormen voorgesteld. Het komt de onderzoekers voor dat het Woonzorgdecreet de sector ingrijpend wenst te veranderen en ook zal veranderen. Daarenboven is een wijzigend privé-aanbod en een wijzigende rol en plaats van federaal gefinancierde voorzieningen van belang voor de uitbouw van de voorzieningen gefinancierd door de Vlaamse overheid. Het rapport brengt een aantal van deze elementen in beeld. Het illustreert trouwens dat de overheid hierbij het zicht op het geheel niet mag kwijtspelen. Pas wanneer de impact op de vraag en het gedrag van de aanbieders gestabiliseerd is, kunnen nieuwe programmatienormen voor de toekomst bepaald worden. Want programmeringsnormen zijn geen fixatie van het verleden, maar dynamische verkenningen van de toekomst.

Prof. dr. Jef Breda (doctor in de sociologie) is hoofd van de onderzoeksgroep Welzijn en Verzorgingsstaat van de Universiteit Antwerpen.

Prof. dr. Jozef Pacolet (doctor in de economische wetenschappen) is hoofd van de onderzoeksgroep Verzorgingsstaat en Wonen van het HIVA-K.U.Leuven.

Georges Hedeboom (licentiaat in de psychologie) is onderzoeksleider Verzorgingsstaat aan het HIVA-K.U.Leuven.

Jonas Vogels (master in de sociologie) is onderzoeker bij de onderzoeksgroep Welzijn en Verzorgingsstaat van de Universiteit Antwerpen.